

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LA TENTATION D'ÊTRE SOI : VIVRE ET SURVIVRE AVEC DES
ANTIDÉPRESSEURS

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
DAHLIA NAMIAN

FÉVRIER 2007

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier Shirley Roy pour sa rigueur méthodologique incomparable, sa vivacité d'esprit et ses critiques toujours fécondes. Ces qualités, parmi d'autres, m'ont permis de terminer ce mémoire.

Mes remerciements vont aussi à Marcelo Otero, qui m'a appris qu'il vaut toujours mieux s'abstenir de confondre critique et morale. Je dois aussi souligner le soutien extraordinaire qu'il m'a offert tout au long de mon parcours de maîtrise, cela a grandement facilité mon entrée dans les arcanes de la sociologie.

J'aimerais remercier l'équipe de recherche du MÉOS qui m'a offert une bourse de rédaction pour ce mémoire, toute l'équipe sympathique du CRI, mes collègues Nicolas Moreau et Pierre-Luc Saint-Hilaire qui ont participé à la réalisation des entretiens pour ce mémoire, ainsi que tous les interviewé(e)s qui ont eu la générosité de partager avec nous une tranche de leur vie.

Sur une note plus personnelle, je veux remercier mes amies Régine et Laurence, et finalement, ma mère.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	v
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	7
LA DÉPRESSION ENTRE MÉDECINE ET SOCIÉTÉ : UNE PETITE ARCHÉOLOGIE DE L'«OMBRE PORTÉE» CONTEMPORAINE	7
1.1 Psychiatrie, médecine, et psychanalyse : quelle maladie pour quel sujet? (ou les figures sociales du malade moderne).....	11
1.2 La permanence d'une double difficulté constitutive du champ des névroses : sous quelle forme et à l'intérieur de quelles limites sommes-nous malade ?	21
CHAPITRE II	35
DE L'ASILE AU MÉDICAMENT PSYCHOTROPE : TRANSFORMATION DES MODALITÉS DE «PRISE EN CHARGE» DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE.....	35
2.1 Enfermer, observer, traiter l'univers de la « maladie mentale ».....	36
2.2 Désenfermer, observer, traiter l'univers de la « santé mentale ».....	39
2.3. La contribution de la psychanalyse et de ses «bâtards»	44
2.4. Les pièges de la libération psychique : de la guérison à la chronicité	48
CHAPITRE III	56
CHOIX MÉTHODOLOGIQUE	56
3. 1 Considérations générales.....	56
3.2. Méthodologie commune à l'équipe de recherche	57
3.2.1 Population visée par la recherche	57
3.2.2 Recrutement des candidats à l'étude.....	59
3.2.3 Principes menant à l'échantillon pratique	60
3. 3 Choix de la population pour notre mémoire de maîtrise.....	63
3.3.1 Les personnes interviewées	64
3.4 Les entretiens	65
CHAPITRE IV	68

SUR LE CONTINENT DE LA DÉPRESSION : LES TENSIONS ENTRE LE SOI ET LA NORME	68
4.1 L'événement déclencheur: du singulier au social.....	69
4.2 Le basculement dans la dépression : les limites du soi social (normal) et la reconnaissance de l'autre (pathologique) en soi.....	74
4.3 À l'intérieur du continent dépression : action dérégulée et déficit d'énergie	79
4.4 Sur le continent des antidépresseurs : les tensions entre le «corps soi-même » et le « corps étranger»	83
4.4.1 L'action des antidépresseurs sur l'action dérégulée	83
4.4.2 Rejet du « corps étranger » pour n'être que soi-même	86
4.5 Sur le continent de la chronicité : à la recherche du soi perdu	91
CONCLUSION	101
ANNEXES	113
BIBLIOGRAPHIE.....	119

RÉSUMÉ

Ce mémoire interroge le développement du phénomène de la dépression et de la diffusion des antidépresseurs comme traitement de choix en Occident. Pour ce faire, nous nous sommes situés dans un paradoxe constitutif de l'individualité contemporaine : la pression sociale croissante à être soi-même le sujet de sa vie créée, en contrepartie, de la dépendance. Comment la vulnérabilité psychique et sociale qui caractérise l'épisode dépressif se transforme-t-elle en dépendance salutaire et chronique à l'antidépresseur ? À l'aide de l'analyse des discours de six femmes qui ont vécu un épisode de dépression et qui ont eu recours aux antidépresseurs pour la soigner, nous tentons d'esquisser en ensemble de réponses à cette question. Dans le premier chapitre, nous examinons comment s'est tissé en Occident le nœud entre individu, société et problème de santé mentale. Cette perspective nous permet de saisir tant la nouveauté que la permanence dans l'émergence, la diffusion et le traitement institutionnalisé de la dépression. De l'asile au médicament psychotrope, le deuxième chapitre aborde les transformations des stratégies d'intervention en santé mentale. Le troisième chapitre concerne nos choix méthodologiques et le quatrième l'analyse de nos entretiens. En conclusion, nous articulons notre démarche théorique à nos résultats empiriques.

Mots-clés : dépression, antidépresseur, névrose, normativité sociale, individualité contemporaine

INTRODUCTION

J'ai fait de moi ce dont je n'étais pas capable.

Et ce dont j'étais capable, je ne l'ai pas fait.

Le domino que j'ai enfilé n'était pas le bon.

On m'a pris aussitôt pour celui que je n'étais pas, je n'ai rien dit et je me suis perdu.

F. Pessoa (Bernardo Soares)

Fernando Pessoa résume dans ces quelques vers toute l'ambivalence, voire l'impossibilité sociologique de l'injonction sociale contemporaine à « être soi par soi ». L'individu aujourd'hui, ayant enfin enfilé le « domino » (Pessoa) de l'autonomie, se révèle, plutôt que béat et libéré: perdu, incapable d'agir, fatigué d'être soi. Insuffisant en lui-même, il est celui qui, désormais placé devant la nécessité de choisir son propre chemin, court sans cesse après son ombre: un soi qui se débat dans les griffes d'un autre qui lui est immanent. Poète de « l'intranquillité », l'œuvre de Pessoa est une tentative pour surmonter ce destin tragique du soi. S'avouant être lui-même « personne », il invente alors différents poètes, dont Bernardo Soares, pour écrire à sa place et lui permettre (par l'unité que forment ces multiples soi), de se retrouver et de se constituer comme l'auteur de sa vie.

Ce bref détour par Pessoa illustre métaphoriquement notre prémisse de départ : le soi, insuffisant en lui-même, est nécessairement social. Intrinsèquement morcelé, divisé, selon la sociologie et la psychanalyse, l'individu ne peut se passer d'un autre pour penser, pour écrire, pour construire sa propre vie. Bref, pour se constituer comme sujet. Point de soi en dehors des institutions qui le produisent, sans pour autant le déterminer, il est un processus social, culturel et historique

toujours ouvert et à refaire. Or aujourd'hui, loin de la fiction, loin d'être le sort réservé aux écrivains ou à ceux qui entreprennent une démarche esthétique, « être soi par soi » est devenu le point de repère central de la normativité sociale actuelle et la valeur suprême de l'individualisme de masse. Bien qu'elle constitue une impossibilité sociologique, l'injonction sociale à l'autonomie a des effets bien réels sur l'individu dans l'exercice de son quotidien; elle crée dans bien des cas des épreuves et des difficultés essentiellement existentielles, que l'on codifie de plus en plus dans des termes psychologiques et médicaux associés à l'univers actuel de la santé mentale.

La croissance des problèmes de santé mentale depuis les trente dernières années se confirme dans toutes les enquêtes épidémiologiques, qu'elles soient menées au Québec, au Canada ou ailleurs dans les pays occidentaux. L'OMS (2001) révèle qu'une personne sur quatre, soit 25 % des individus, présente un ou plusieurs troubles mentaux ou de comportement au cours de sa vie. Le trouble mental prend non seulement de l'ampleur, il concerne aujourd'hui toutes les institutions, que ce soit le travail, la famille, l'école, etc., mobilise une foule d'acteurs; travailleurs sociaux, éducateurs, psychologues, médecins, gestionnaires, etc. (Ehrenberg, 2006). Question sociale et politique importante, le trouble mental, aujourd'hui, dépasse largement les préoccupations médicales. La sociologie s'y intéresse donc de près, sans pour autant le réduire à ses propres catégories d'analyse.

Si les années 1960 marquent le début du « désenfermement » de la folie, quarante ans après l'effritement des murs des asiles, le sujet pathologique est dans tous ses états (Ehrenberg, 2005): dépression, anxiété, stress post-traumatique, épuisement professionnel, troubles compulsifs et nombreuses dépendances allant de l'alcool, à la nourriture, au jeu, et même aux médicaments psychotropes. À la folie enfermée et aux traditionnels conflits névrotiques qui assaillaient le destin de « l'homme normal », s'est substitué un ensemble de souffrances psychiques « touchant riches ou pauvres, hommes ou femmes de n'importe quel âge, race ou

croissance » (MSSS, 2005). Parmi cette diversité de nouvelles souffrances, la dépression semble être la plus généralisée.

En effet, toujours selon l'OMS (2001), la dépression est actuellement la première cause d'incapacité en Occident et risque d'être la première cause de morbidité chez les 15-44 ans en 2020. Au Canada, on dénombre aujourd'hui 3,4 millions de personnes atteintes de troubles dépressifs (Santé Canada, 2002), ce qui représente une augmentation d'environ 40% depuis 1995. Si elle était la quatrième cause de consultation en 1995, elle en est désormais la deuxième (Otero, 2005). Les chiffres signalent aussi que 78% des consultations pour dépression ont conduit à la prescription d'un médicament antidépresseur¹. Depuis 1999, le nombre d'ordonnances d'antidépresseurs (de type inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine-ISRS) a augmenté de 83% (Santé Canada, 2001). Ces ordonnances sont désormais prescrites par des médecins généralistes dans 81% des cas (contre 16% chez les psychiatres). La dépression est devenue un mal généralisé et général.

Pathologie mentale emblématique du 21^e siècle, véritable succès médical et social (Ehrenberg, 1998), la dépression, telle que la névrose hier, est devenue la nouvelle « maladie de l'homme normal ». Elle constitue son ombre portée, une faille, comme dirait Canguilhem (1966), dans sa confiance en lui-même. Se traduisant par de la fatigue (l'action en panne ou déréglée), un sentiment d'insuffisance (ne pas être capable de faire ce qu'on exige de nous) et un sentiment de vide identitaire chronique (ne jamais être suffisamment soi-même), la dépression nous montre par la négative le type d'individualité que nous sommes devenus dans la foulée de l'émancipation et de l'action. Les antidépresseurs sont devenus, quant à eux, la stratégie d'intervention en santé mentale de choix pour pallier à cette faille au niveau des règles l'individualité contemporaine (Otero, 2003).

¹ www.lmshealthcanada.com/htmfr/4_2_1_34.htm.

Or, un paradoxe apparaît: si les antidépresseurs permettent à un nombre croissant d'individus de s'adapter quotidiennement à la règle sociale d'autonomie, tout indique qu'ils créent en contrepartie de la dépendance : ils deviennent un support à long terme voire permanent. Dans le cadre de ce mémoire, nous tentons d'interroger le succès social et médical de la dépression en Occident et la diffusion des antidépresseurs comme traitement de choix à la lumière de ce paradoxe. Plus précisément, comment la vulnérabilité psychique et sociale caractérisant l'épisode dépressif se transforme-t-elle en dépendance salutaire et chronique à l'antidépresseur? À l'aide de l'analyse des discours de six femmes qui ont vécu un épisode de dépression et qui ont eu recours aux antidépresseurs pour la soigner, nous tentons d'esquisser des réponses à cette question.

Notre recherche adopte un angle d'approche peu visité. La plupart des débats actuels, que ce soit en sociologie, en médecine, en psychologie, en psychiatrie, se situent surtout au niveau de la fonction thérapeutique de l'antidépresseur. Sans minimiser l'importance de ces débats, une meilleure compréhension de la question ne peut se faire qu'en tenant compte de l'intrication des changements sociaux et normatifs intervenus en Occident depuis les trois dernières décennies avec les transformations des modalités de prises en charge du trouble mental. La croissance de la dépression tout comme le recours massif aux antidépresseurs doivent être compris dans un contexte où le médical et le normatif, le psychologique et le social, l'individuel et le collectif, le thérapeutique et le politique sont profondément imbriqués. Nous pensons que ces logiques multiples et complexes, parfois spécifiques, parfois complémentaires, peuvent être mieux cernées à partir du vécu concret des individus qui souffrent de dépression et qui consomment des antidépresseurs.

Les chapitres 1 et 2 exposent les orientations théoriques retenues et qui serviront de toile de fond à notre matériau d'analyse. Dans le premier chapitre, nous examinons le sens du passage de la névrose à la dépression, ainsi que le déclin de la référence aux conflits dans la clinique contemporaine. Pour ce faire,

nous avons voulu questionner plus largement l'apparition de « l'homme normal » en Occident et surtout, de son ombre portée. Qui est cet homme normal? D'où vient cet appel nécessaire à la norme dans le champ des sciences humaines et plus précisément dans celui de la santé mentale? Apparu au début du 19^e siècle en même temps que l'idéologie libérale de « l'intégrité du soi » (l'individu souverain) et la naissance de la médecine moderne avec la clinique, « l'homme normal », bien que changeant historiquement au gré des exigences sociales, politiques, économiques, etc., demeure une modélisation simplificatrice du soi, une entité abstraite dépourvue de symptômes et de tous conflits de normes (de rapports de pouvoirs) dans lesquels se situent pourtant les sujets (Leblanc, 2003). L'homme normal, engagé dans une économie du corps et de l'esprit, représente la figure sociale du soi, celle qui nous sert de modalité d'identification (individuelle et collective) et qui permet aux différents savoirs et interventions de cibler des comportements pathologiques, inadaptés, non conformes, etc. Dans le champ de la santé mentale, les catégories psychopathologiques se transforment en fonction de variables sociales et culturelles irréductibles aux objets des savoirs scientifiques du « mental » pathologique. Pour cette raison, nous avons voulu revisiter, dans ce chapitre, les coupes archéologiques significatives dans le temps (au sens foucauldien du terme) afin de désigner les discontinuités marquantes en ce qui concerne le nœud qui s'est tissé en Occident entre individu, société et problèmes de santé mentale.

Dans le second chapitre, nous montrons que les catégories psychopathologiques dépendent de variables sociales et culturelles diverses et que les stratégies d'intervention sont soumises aux mêmes dynamiques extra-médicales. Dans ce chapitre nous évoquons les diverses stratégies d'intervention sur ce qu'on a défini, historiquement, comme le « mental » pathologique. De plus, nous montrons que parallèlement au passage de « l'enfermement » de la folie au « désenfermement » du trouble mental, l'individu, depuis la fin des années soixante, s'est engagé, contre la « socialisation disciplinaire », dans une quête de libération (psychique et sociale) et de réalisation de soi. Ces motifs culturels et

sociaux de l'individuation sont examinés à la lumière des changements dans la normativité sociale actuelle, dont l'autonomie, l'initiative et la responsabilisation constituent les principaux repères.

Le troisième chapitre porte sur nos choix méthodologiques, le matériau de recherche, ainsi qu'un portrait sommaire des personnes interviewées. Pour atteindre nos objectifs de recherche et compte tenu de la construction de notre problématique, nous avons effectué une cueillette de données selon une méthodologie qualitative. Six entretiens semi-directifs, structurés autour de nos différents questionnements ont été effectués.

Le quatrième chapitre est consacré à l'analyse des discours des femmes interviewées. L'univers concret de la dépression est constitué de logiques complexes et multiples. Aux fins de l'analyse et en fonction des dimensions jugées importantes de ces discours, nous avons divisé le chapitre en trois thématiques : 1) le continent de la dépression 2) le continent des antidépresseurs 3) le continent de la guérison.

En conclusion, nous articulons brièvement les différents éléments de nos analyses empiriques à notre démarche théorique. Nous émettons aussi quelques pistes de réflexions qui n'auront pu être suffisamment abordées dans le présent mémoire.

CHAPITRE I

LA DÉPRESSION ENTRE MÉDECINE ET SOCIÉTÉ : UNE PETITE ARCHÉOLOGIE DE L'«OMBRE PORTÉE» CONTEMPORAINE

Si le succès médical et social de la dépression est aujourd'hui indéniable, son entrée dans la clinique s'est faite sous de moins favorables auspices: querelles épistémologiques, affrontements cinglants entre différents savoirs, jalousies de coteries, débats moraux de tous genres. Cela, semble-t-il, dans le but de mieux la traiter, l'interpréter, la gérer. Mais faut-il le rappeler, à la fin du 19^e siècle en Occident, la naissance de l'hystérie (pathologie mentale emblématique de cette époque) donna lieu également à de tels démêlés. Toutes les disciplines qui avaient l'homme pour objet– non seulement la psychiatrie mais aussi la philosophie et les sciences sociales naissantes, dont la sociologie– en furent ébranlées. L'hystérie, et plus précisément la naissance de la névrose (comme blessure psychique ou comme trouble fonctionnel) provoqua une onde de choc dans la société dont les résonances se font encore sentir aujourd'hui.

On peut dire que c'est la technique de l'hypnose qui devint le catalyseur (à la fois le geste inaugural et profondément porté par les mutations de son temps) de tous ces débats. Elle révéla non seulement (par le biais de la parole hypnotisée de l'hystérique) la face ombragée de l'ordre moral victorien, mais démentie plus largement l'un des mythes fondateur de l'individualisme libéral, soit l'unité du sujet moderne, l'individu souverain, rationnel, autonome, maître de lui-même². L'hypnose, supposée s'adresser à cet individu « propriétaire de son soi » (Castel, 2001), à sa conscience politique, morale et juridique inébranlable, dévoile bien au contraire son ombre portée: un sujet « suggestible », indéterminé, fragmenté, conflictuel, tiraillé entre de multiples identités, qui se définit bien plus par ses

² Pour une étude approfondie de ces débats, voir Castel, P.H (1998), *La querelle de l'hystérie · La formation du discours psychopathologique en France (1881-1914)*, Paris. Puf

rapports de dépendance et ses clivages que par son autonomie prétendue et son unité.

La psyché (dont l'hystérie avec l'hypnose traça en quelque sorte les contours), cette « distance raisonnable entre soi et soi » (Ehrenberg, 1998), formant l'unité de la personne, le siège de l'identité moderne, naquit dans les apories de la société libérale, dans les creux d'un horizon normatif moderne qui place l'individu au centre d'une injonction paradoxale l'enjoignant à être « propriétaire de son soi », capable de se « tenir de l'intérieur » sans « supports » externes, (Castel, 2001; Martuccelli, 2002), à la fois détaché des autres tout en étant au fondement du lien social. Mais, comme le rappelle entre autres Castel (2001), cette idée normative de propriété de soi, corollaire de l'idée moderne de l'individu, était inséparable de celle de la propriété privée qui, par la loi, garantissait la possibilité matérielle d'une telle indépendance sociale à une minorité de personnes sans égard à la majorité que constitue la classe non propriétaire. La constitution d'un espace de protection de l'individu bourgeois, derrière les murs d'une liberté « négative », ou sous le caractère formel des droits bourgeois a créé l'espace d'un for intérieur (Martuccelli, 2002) propre à l'individu de masse. La souveraineté du soi était alors sujette à un exercice de contrôle permanent par l'assujettissement, notamment par le travail et la discipline, de son corps aux exigences de l'ordre social libéral. L'espace de la psyché, ce for intérieur, a signé en quelque sorte l'impossible et par conséquent conflictuelle unité de la société qui se redouble en chaque sujet (Chaumont, 2004).

Transposé au cœur de l'individu moderne comme le siège de son identité, l'espace psychique, le for intérieur, l'intimité, etc., n'est pas le lieu d'une appréhension par le sujet lui-même de sa division ontologique, ce qui ferait du projet psychiatrique le mouvement de conquête de l'homme démocratique par lui-même (Chaumont, 2004). L'espace psychique demeure plutôt, pour le dire simplement, le fruit de conquêtes ou d'investissements par les différents savoirs, techniques et discours (psychiatriques, psychanalytiques médicaux,

psychologiques) de certains aspects fondamentaux de la dimension sociale du soi. Ils leur donnent une réalité analytique visible et permanente (Otero, 2003). Freud, en montrant que les névroses expriment des pathologies du conflit et de la culpabilité, a participé, parmi d'autres, à socialiser une dimension centrale de l'individualité moderne (Ehrenberg, 1998). C'est dans l'espace psychique, l'intimité, dans le fond de soi-même que résiderait la vérité pleine de l'individu, son identité subjective, et la clé de sa libération.

Or, la pathologie n'a pas de fin, et l'Histoire non plus³. Le sujet divisé, l'inépuisable division du soi, l'infinie sécabilité de l'individu (Côté, 1995), sans être l'apanage de la psychanalyse, marquera le début d'un travail incessant d'une reconquête du sujet de lui-même (de son indivision) pour avoir accès à sa vérité, pour revenir à une impossible maîtrise de soi par soi. Cette paradoxale affirmation de l'individu (comme indivis), tout au long de la modernité, ouvrira la porte aux possibilités objectives de son assujettissement (et de sa transformation infinie). Après l'enfermement institutionnel de la folie, l'effort pour objectiver l'Autre dans la forme canonique de l'individu (malgré l'impossible unité du sujet), et ainsi de le maîtriser dans sa vérité pleine et foncière, demeurera le socle de la psychiatrie.

À l'intérieur du champ de la psychiatrie, la pathologie hystérique changea les concepts et les modèles qui avaient traditionnellement délimités sa pratique. Au système de classification nosographique inspiré par Pinel, faisant de la maladie mentale une maladie unique, nommée l'aliénation mentale, se substitua la division en deux catégories de la maladie mentale: les névroses des psychoses. L'hystérie amorce le passage de la psychologie pathologique à la psychopathologie (et donc au psychique). Ainsi, plutôt qu'une distinction de nature entre le normal et le pathologique, faisant de la folie l'autre absolu de la

³ Au risque d'y laisser sa propre vie. Voir à ce sujet l'histoire tragique du défunt docteur Semmelweis, ancêtre infâme de Pasteur, dont la vie « parrhésiastique » sera racontée par Céline (1977)

normalité, on subsuma dans une même essence les affections dites normales et celles dites pathologiques, rattachant par là même la névrose au destin même de l'homme (Roudinesco, 1998). Le sujet névrosé, voire le sujet moderne tout court, sera celui divisé par ses conflits.

La dépression jouera un siècle plus tard le drame de l'hystérie obligeant la psychiatrie à confronter sa clinique, ses concepts et ses modèles à l'aune d'une nouvelle socialité. Telle l'hypnose qui avait été le catalyseur des débats sur le statut du sujet et de la folie, les antidépresseurs semblent offrir à la psychiatrie le moyen de remettre en question le statut et la pertinence de la névrose. Cela donne lieu, par le fait même, à de multiples débats sur les changements dans la configuration du sujet contemporain. La dépression et les antidépresseurs nous obligent-ils nécessairement à revenir sur la crise du sujet? Sommes-nous inlassablement voués à porter le fardeau de l'acte parricide de la modernité (la fameuse mise à « mort du Sujet »)? Ne devrions-nous pas plutôt nous demander de quel sujet parle-t-on aujourd'hui? Qui est le sujet dépressif? Qui sommes-nous aujourd'hui? et qu'est-ce que la dépression a à nous raconter sur nous-mêmes? Selon Alain Ehrenberg (1998), le passage de la névrose à la dépression et le déclin de la référence au conflit dans la clinique contemporaine sont révélateurs des mutations de la figure sociale du sujet et dans la normativité sociale qu'elle encoure. L'observation des nouvelles règles de la santé mentale peut nous permettre de mieux comprendre celles de l'individualité contemporaine qui lui sont indissociables (Otero, 2003). Ainsi, plutôt qu'un sujet divisé par ses conflits, nous serions en face d'un individu qui n'est que soi-même; la dépression incarnant non pas la culpabilité devant la transgression de l'Autre, mais, comme le dit Ehrenberg (1998), la fatigue d'être soi, par soi.

1.1 Psychiatrie, médecine, et psychanalyse : quelle maladie pour quel sujet? (ou les figures sociales du malade moderne)

Au cours de la première moitié du 20^e siècle, l'attention que la psychiatrie portait à la dépression était minime voire presque absente. Occupant une place négligeable dans le système de classification nosographique, elle n'était qu'un symptôme repérable dans la plupart des maladies mentales. À partir des années 1970, l'épidémiologie nous révèle qu'elle est le trouble mental le plus répandu dans le monde et que la psychiatrie a non seulement fait de la dépression une entité pathologique en soi, mais s'est aussi éloignée de son partenaire théorique privilégié du moment, la psychanalyse, pour retourner dans l'objectivisme médical. Qu'est-ce qui explique de tels changements?

Dans l'univers de la psychiatrie, la question des liens et des différences entre la maladie organique (domaine réservé à la médecine somatique) et la pathologie mentale a toujours fait l'objet de débats importants. Jusqu'au milieu du 20^e siècle environ, la distinction entre normalité (ou la santé) psychologique et pathologie mentale, mais aussi ce qui différencie l'organo-genèse (recherche de l'étiologie imputable à un dérèglement organique) de la psycho-genèse (affirmation de la causalité psychologique à partir des troubles sans fondement organique, telle que ce fut le cas avec la névrose de Freud au 19^e siècle). Ces questions ont maintes fois été débattues entre les partisans d'une psychiatrie médicale et ceux optant pour la psychopathologie. À chaque avancée technique dans le champ, telle l'hypnose et l'électrochoc, ces querelles reviennent avec vigueur. On peut dire que l'arrivée des antidépresseurs a vivement enflammé ces débats, tout en leur mettant rapidement un terme (sans nécessairement les résoudre).

La dépression, en effet, avant d'être considérée comme une entité pathologique en soi, a longtemps été considérée comme un symptôme gravitant autour de « véritables » maladies mentales. Le symptôme est conceptualisé différemment en psychanalyse et en médecine. Cette différence épistémologique,

et surtout ce qu'elle sous-tend, la question du sujet, fut l'objet de querelles au sein de la psychiatrie lorsque la dépression amorça, au début des années 1970, son succès médical et social. Dans la version médicale, l'homme est objet de ses symptômes (de sa maladie) tandis que dans la version psychanalytique, il est avant tout sujet. En effet, la médecine considère le symptôme comme un signe relié à un état pathologique qu'il permet de déceler et qu'on doit tenter de supprimer. Pour la psychanalyse, le symptôme n'est pas le signe de la maladie, ni la cible de la cure.

S'intéressant aux symptômes qui résistaient à l'hypnose, Freud, à partir de sa clinique de l'hystérie, découvre que le symptôme « parle ». Il a un sens qu'il faut nécessairement interpréter pour en trouver la signification; il dit la vérité. Le thérapeute doit donc se mettre à l'écoute du patient. Il est à la fois objet - celui qui subit, par le symptôme, les effets de ses conflits psychiques dont il doit se déprendre — et sujet — l'agent de ses conflits psychiques qui le divisent et qui constituent ses conditions de possibilité même en tant que sujet. Son symptôme est une trace mnésique, produite par le refoulement. C'est par la place précise que ce refoulement prend dans l'histoire du sujet que le symptôme prend son sens. Dans cette optique, la cure psychanalytique ne s'intéresse qu'aux conflits psychiques sous-jacents aux symptômes. Il faut décrire aussi bien la formation des névroses que le fonctionnement du psychisme de l'homme « normal » en termes de conflits psychiques. L'homme normal est celui qui a réussi à surmonter ses conflits, la différence entre le normal et le pathologique n'étant jamais absolu. La cure a pour but, non pas de supprimer les symptômes comme le veut la médecine, mais de réduire l'intensité du conflit, c'est-à-dire de transformer la contradiction névrotique en une tension dite normale.

Aujourd'hui, la psychiatrie a transformé le syndrome dépressif en trouble mental (repérable par une série de symptômes) et elle a fait des antidépresseurs le traitement thérapeutique de choix pour le soigner. Or, à la différence de la médecine (qui a en principe pour but de guérir la maladie), la préoccupation que

Freud porta au symptôme était d'avantage éthique (pour ledit sujet), que thérapeutique. En médecine, si la clinique est rencontre singulière entre le médecin et le patient, elle n'est, semble-t-il, qu'une « rêverie matrimoniale » puisque l'individu n'a sa place que comme terrain de la maladie, puisqu'il est uniquement le porteur des symptômes. Pour connaître la « vérité » de ces derniers, « le médecin doit abstraire le malade » (Foucault, 1963 : 6). C'est uniquement le corps qui est l'espace même de la maladie, c'est le corps lui-même qui devient maladie et qu'il faut soigner. Contrairement à la psychanalyse donc, la maladie n'est pas une essence, il n'y a pas ce concept qu'est l'être de la maladie. Porteur du symptôme, l'individu reproduit la structure de la maladie dans son corps, indépendamment de sa subjectivité. Il y a donc intentionnalité sans sujet, le corps (le siège organique, visible ou non) étant le point de départ de la maladie (sans en être la cause). S'il y a modulation individuelle constante dans le corps (selon la structure interne de chaque corps), les singularités pathologiques s'intègrent toutefois dans la structure de la maladie; l'anormal étant ainsi une forme de régularité (Cabestan, 2001). L'individu, c'est donc l'individualité de la maladie (prise comme universelle et reproductible chez tous les individus de manière semblable).

Selon Foucault (1963), cette conception de l'individu comme individualité qu'il faut réguler (comme perturbation, ou perturbation possible, d'un fonctionnement régulier), naquit en France, à la fin du 18^e siècle et au début du 19^e siècle en même temps que la clinique en médecine. Celle-ci aura deux conséquences sur la portée de la psychiatrie⁴. Premièrement, c'est la finitude de l'homme qui s'annonce dans la positivité du savoir. La folie pourra être abordée objectivement à l'intérieur des limites circonscrites de l'individu (son corps singulier délimite objectivement ses contours) comme maladie mentale. Dès lors la psychiatrie obtiendra son autonomie épistémologique et pratique en tant que « médecine mentale » qui énoncera de nouvelles vérités sur la folie et plus

⁴ Bien entendu, à ce moment, la psychiatrie n'était pas encore encline à reconnaître les théories psychanalytiques pour conceptualiser et définir le trouble mental

largement sur l'homme. Et à partir d'elle, deuxièmement, à partir d'une telle conception de l'individu, la prépondérance accordée à la pathologie deviendra une forme générale, parmi d'autres bien entendu, de régulation de comportements sociaux. La psychiatrie s'intégrera, à titre de pratique médicale, à une stratégie globale de régulation, de normalisation, d'assistance et de surveillance du « corps social » (Foucault, 2001b).

En effet, tout développement d'un savoir n'est pas sans lien avec la société dans laquelle il s'inscrit. La naissance de la clinique à la fin du 18^e siècle (décrite par Foucault comme pratique qui régit le savoir médical), était le fruit d'impératifs épistémiques de contrôle et de normalisation sociale qui accompagnèrent les changements économiques, sociaux et politiques du régime libéral naissant. La médecine s'ordonne à la normalité, plutôt qu'à la santé comme jadis, ce qui mit un terme à la possibilité d'une « médecine du sujet », ou comme le dit Foucault, à ce qui permettait d'être « médecin de soi-même ». À partir du 19^e siècle, elle est devenue non seulement une technique de guérison de la maladie, mais aussi conscience collective des phénomènes pathologiques. Technologie de pouvoir chargée au départ de répondre à une politique de santé collective, ce sont notamment les injonctions en matière d'hygiène sociale qui donnèrent le coup d'envoi à son orientation épistémologique et pratique. Le regard médical porté sur le malade était celui qui avait intégré les normes collectives de santé et « le savoir de l'épidémie ». L'individu était alors pris en compte comme un corps individuel porteur de la maladie (reproductible chez tous les individus de manière égale) ou porteur de symptômes potentiellement à risques pour le fonctionnement régulier du corps social⁵.

⁵ Il ne faut pas entendre ici l'usage métaphorique du terme « corps social », mais, comme Foucault l'indique, une **matérialité complexe et multiple** qui comporte non seulement les corps des individus, mais aussi « l'ensemble des matériels qui assurent leur survie, constituent le cadre et le résultat de leur activité, permettent le déplacement et les échanges... » (2001b : 730)

Le sujet de la maladie, tel qu'il avait pu apparaître jusqu'au 18^e siècle, disparaît au profit d'un « corps muet »⁶, atteint de maladies individuelles. Il s'agissait désormais de restaurer le fonctionnement régulier de l'organisme selon les lois du normal (c'est la connaissance physiologique qui s'installe au cœur de la réflexion médicale avec Claude Bernard). Et de soumettre son « individualité vivante », ses comportements, ses habitudes de vie, etc., aux exigences de l'ordre social et ce, au nom du « bien-être » de la population. La pratique médicale aura ainsi un rôle privilégié au cœur de la société normalisatrice en train de naître, dans laquelle la psychiatrie y tiendrait un rôle tout aussi important :

La médecine enveloppe une connaissance de l'homme en santé, c'est-à-dire à la fois l'expérience de l'homme non malade, et une définition de l'homme modèle. Dans la gestion de l'existence humaine, elle prend une posture normative, qui ne l'autorise pas seulement à distribuer des conseils de vie sage, mais la fonde à régenter les rapports physiques et moraux de l'individu et de la société où il vit (Foucault, 1963 :35)

À partir de la naissance de la médecine moderne, du 19^e siècle, tout le champ des sciences humaines est désormais contraint de penser l'homme, en tant qu'homme (individu, sujet), selon le principe de la bipolarité du normal et du pathologique. Vers le milieu de ce siècle, ce principe est commandé par la continuité entre les phénomènes normaux et pathologiques (ou anormaux); la pathologie devenant une forme ou un degré appréciable, en termes « d'excès » ou de « déficits », du normal (tout devenant ainsi « mesurable », « comparable »). La vie de l'homme, dans toute son étendue (ses conduites, individuelles, singulières et sociales) sera, désormais et à l'avenir, pensée à partir d'une finitude constituante. L'homme, à la fois sujet et objet du savoir positif, sera sans essence. Tout, même la folie, devra désormais, et jusqu'à ce jour, être jaugé dans l'ordre du système, de la règle et de la norme (Foucault, 1966).

⁶ Nous n'avons pas pu développer ici le cœur de la thèse de la *Naissance de la Clinique* de Foucault (1963) qui montre comment la mort (qu'on a pu observer dans le corps avec la naissance de l'anatomie-pathologique) est ce qui a permis à la médecine de devenir « science de l'individu » et donc à l'homme de devenir pour lui-même objet de science.

La conception de l'individu telle que nous l'avons vu brièvement avec le projet médical n'est donc pas sans lien avec la manière dont l'individu et ses conduites seront soumises à un processus de normalisation constant dans la modernité. Foucault (1975) a montré qu'à partir du 18^e siècle, les « libertés formelles » des Lumières se révélèrent comme le corrélat obligé de la mise en place d'une microphysique du pouvoir, les disciplines. Ce pouvoir fonctionne de manière insidieuse, il opère, en deçà des sphères classiques du politique et du juridique, par inculcation sur les comportements, désirs et gestes quotidiens. Ses effets passent par un ensemble de dispositifs, de techniques, de manoeuvres et de tactiques qui investissent et traversent tous les individus. La naissance de la clinique en médecine, vers la fin du 18^e siècle, marque le début de la « société disciplinaire » et donc d'un pouvoir qui s'exerce « positivement » sur la vie en ayant pour cible les corps humains (à la fois et conjointement dans leurs caractères singuliers et universels). La norme, dont la naissance de la médecine moderne était en partie l'effet et l'institution, est ce qui permettra la généralisation disciplinaire, c'est-à-dire la diffusion de leur mode de contrôle hors des institutions cloisonnées dans tout le corps social, et permettra, comme un « fil rouge », d'ordonner, de relier, de faire communiquer, de rendre traduisibles, les différents savoirs, techniques, discours et institutions pour former au bout du compte « l'espace social », pour faire précisément société (Ewald, 1992).

Si les disciplines « font société », elles fabriquent simultanément des individus, c'est-à-dire qu'elles sont « la technique spécifique d'un pouvoir qui se donne les individus à la fois pour objet et pour instrument de son exercice » (p. 172). Dans l'ordre normatif, dans la société disciplinaire, l'individu sera considéré, non pas dans ses caractères essentiels, comme « sujet » (d'une histoire qui lui est propre, singulière, et qui lui donne son intentionnalité) mais uniquement en tant qu'individualité (comparable en termes de seuils, de degrés), puisque l'individu est toujours déjà normalisé : chaque individu sera constamment assujéti, constitué en sujet social, objectivé selon un principe d'individualisation normative infinie. La discipline, selon la logique de la norme, rend simultanément

visible les différences et fabrique des identités : l'individu sera « toujours différent, différent des autres (et de lui-même) » (Ewald, 1992 : 208). La norme rend en effet visible les différences, les écarts, les déviances, au sens où ce n'est qu'à travers le repérage des anomalies, des irrégularités, des phénomènes qui posent problème que la norme s'impose comme normativité, comme étant à la fois normée et normante et permet ainsi aux différents domaines d'interventions (la science, que ce soit la médecine, la psychanalyse, ou toute autre intervention institutionnelle, thérapeutique et sociale) de constamment produire du réel à partir d'elle, de donner à ces écarts, à ces déviances, une réalité analytique positive (en tant qu'objet de savoir et domaine d'intervention possible) pour mieux les réguler⁷. Il n'y a donc pas de dehors à la norme, pas de sujet qui parle d'un au-delà ou d'un en-deçà, car tout ce qui sera distingué sera apparenté en terme d'écarts et à recueillir dans des identités, c'est-à-dire « ce par quoi l'un se distingue de l'autre, soi [le soi social, du groupe, de la commune mesure, « l'homme normal »] de soi-même » (Ewald, 1992 : 208).

Si la psychiatrie était jusque là centrée autour de la folie, avec la clinique la notion de maladie permet de faire entrer l'esprit dans le corps, elle en fait un phénomène pathologique de la vie par essence curable, guérissable. La possibilité de guérir et la construction anthropologique de la maladie mentale vont donc de pair (Castel, 2006). La notion de maladie mentale est en effet corollaire à la naissance de l'idée de l'individu. La folie devient « la maladie d'une liberté qui ne trouve plus son sens et sa justification dans une extériorité divine. Indéterminée, cette liberté est, dans l'ordre symbolique, ouverte à tous les possibles » (Ehrenberg, 1998 : 35-36). Le « sujet de la folie » se voit ainsi transformé en objet médical, une « pathologie de la liberté » qu'il faut soumettre à des procédures de contrôle et de normalisation.

⁷ La norme c'est donc « ce qui fait que le pouvoir tient, qu'on l'accepte, mais c'est tout simplement qu'il ne pèse pas seulement comme une puissance qui dit non, mais qu'en fait il traverse, produit des choses, il induit du plaisir, il forme du savoir, il produit du discours: il faut le considérer comme un réseau productif qui passe à travers tout le corps social beaucoup plus que comme une instance négative qui a pour fonction de réprimer » (Foucault, 2001b : 148-149)

Vers le milieu du 19^e siècle, la psychiatrie commence ainsi à considérer qu'il y a des pathologies mentales sans perte de la raison. La mélancolie, par exemple, se distingue de la déraison puisqu'elle correspond à un excès de la conscience de soi, ce qui amène l'individu à souffrir. C'est dans la foulée de ces considérations pour la souffrance morale de l'individu qui ne serait pas en lien avec une aliénation mentale, que la neurasthénie, vers 1880, apparaît comme « point de départ d'une attention nouvelle, sociale à la souffrance » à travers la naissance du trouble fonctionnel, la névrose (Ehrenberg, 1998 :44). Pour la première fois, la neurasthénie permet de penser que l'individu puisse être malade de par sa vie en société, épuisé par le train de vie que la modernité lui impose. Plutôt que de dissoudre l'altérité dans le corps de l'individu en faisant de lui un dégénéré⁸, on commence à considérer pour la première fois que l'individu puisse tomber malade, souffrir par sa relation, par sa sujétion à l'autre. Entre le soi et l'autre, entre l'individu et le social, il s'agissait alors de comprendre leur séparation et leur pénétration mutuelle par l'esprit, et c'est ce houleux débat (qui dépassera largement la sphère de la psychiatrie pour atteindre notamment la sociologie) qui mènera à la confrontation entre Freud et Janet (lorsqu'apparaît l'hypnose)⁹. Quelle est donc la place qu'on allait donner précisément à ce rapport à l'autre, au social?

Janet, partisan d'une théorie médicale de la psychonévrose, ne fait pas de place au sujet de la maladie en faisant de celle-ci une faiblesse ou une insuffisance de l'esprit, sans égard à son rapport conflictuel à l'autre, au social. Quant à Freud, en inventant une maladie psychique du conflit qui se traduit par la culpabilité, il a fait de la psychonévrose la référence centrale pour énoncer des dilemmes moraux de l'époque de « l'homme normal » qui, pris dans des rapports sociaux, tente en

⁸ Et donc de maintenir cette idée que la folie ne pouvait en aucun temps être un produit de l'ordre social. Avec la dégénérescence c'est l'hérédité qui est la cause de la folie, elle est donc sans lien avec la société. N'est-ce pas le même débat aujourd'hui?

⁹ Qui par ailleurs ne se limite pas seulement à ces deux personnages. Pierre-Henri Castel démontre toutes les nuances et les subtilités de ce débat dans *Querelle de l'hystérie*, *op.cit*

vain de s'en déprendre. Il agit en société dans la contrainte du renoncement (agir entre le permis et le défendu) :

l'homme conflictuel était pris en charge par un dehors supérieur à lui, il était soumis à une loi et à une hiérarchie fortes, son corps rendu docile par les disciplines. La notion de loi renvoie à la condition de la liberté et au contrôle social. Elle fait régner l'ordre dans le sujet et dans la société (Ehrenberg, 1998 :60)

D'un point de vue sociologique, la découverte de Freud n'est pas tant celle de l'inconscient, ni de la névrose, mais bien celle du sujet (Ehrenberg, 1998 :61), pléonastique à la notion de conflit. Envisagé comme le produit d'une contradiction entre deux forces qui s'opposent, la loi et la liberté (la raison et les pulsions irrationnelles, etc.), le sujet, brisé, déchiré, divisé, s'inscrit dans un horizon somme toute tragique. Mais la socialisation, opérant notamment par la discipline, demeurait capable (du moins pour les individus qui n'avaient pas les « supports matériels » nécessaires pour partir librement à la conquête de leur individualité) de contrer ces déchirements. Elle soumettait le sujet à des cadres sociaux et à des modèles identitaires dans lesquels le sujet était susceptible de se reconnaître, afin de fonctionner de manière relativement stable et sans trop d'excès dans la société.

On peut dire que si la médecine n'a que faire du sujet sous-jacent la maladie, la psychanalyse quant à elle a toujours cherché à se porter garante d'une certaine idée du sujet; celui-ci est fondamentalement subversif et tente de résister au pouvoir-loi, en vertu duquel la cure psychothérapeutique est l'unique voie de sortie pour sa véritable libération (psychique). La médecine contribua à façonner les contours de l'individu et à l'ouvrir aux possibilités infinies de sa transformation. La psychanalyse quant à elle contribua largement à l'idéal de l'identité moderne encore valable aujourd'hui : **un individu** capable, par un expert du « soi », de revenir à une maîtrise de soi (ou une retrouvaille avec soi-même) au détriment des investissements sociaux et politiques.

La névrose était la marque psychique de la fin du sujet «plein», «indivis» qui venait avec l'idéologie libérale naissante. Aujourd'hui, la dépression, en délaissant son statut de symptôme de la névrose pour devenir une «maladie comme une autre», marque la fin de la référence aux conflits en psychiatrie qui constituait l'horizon possible de la guérison. Elle remet en question, par le fait même, le statut divisé du soi, ou du sujet tout court, dans une société que l'on dit «post-disciplinaire». Or est-ce vraiment le cas? Si on accepte l'idée que la socialisation aujourd'hui consiste moins à discipliner les corps afin qu'ils se conforment à des modèles institués d'identités fixes et standards, sa version actuelle n'est-elle pas la production permanente d'une individualité capable d'agir par elle-même? Si on assiste au déclin de la référence aux conflits, à la névrose et à la maladie mentale en psychiatrie pour définir et conceptualiser le trouble psychique, n'est-ce pas moins parce qu'on assiste à une dissolution du sujet «divisé» qu'à un changement dans les règles sociales qui balisent ses conduites («entre le permis et le possible») et qui poussent à croire que l'idéal de l'individu est dans la réalisation de lui-même sans égard aux écarts qui le divisent, aux formes de dominations qui continuent à s'inscrire en lui et à l'assujettir (mais de manière différente)?

C'est dans l'espace ouvert par ce large questionnement sociologique (et non médical, psychologique, psychanalytique ou psychiatrique) que nous voulons interroger le «succès médical et social» de la dépression. En effet, on ne peut pas être malade mentale, névrosé ou déprimé en dehors de certaines figures sociales qui dépassent largement le seul espace aseptisé de la réflexion scientifique médicale. Pour cette raison, il nous a paru nécessaire de revisiter les «coupes archéologiques» significatives dans le temps (au sens foucaldien du terme) pour nous permettre de signaler les discontinuités marquantes en ce qui concerne le nœud qui s'est tissé, en Occident, entre individu, société et problèmes de santé mentale. Cette perspective met à contribution les regards à la fois scientifiques (médical, psychologique, psychanalytique et psychiatrique) et historiques sur ce nœud. Aussi fondamental pour la culture occidentale que complexe pour l'analyse

sociologique, cette mise en perspective nous permettra de mieux saisir tant la nouveauté que la permanence dans l'émergence, la diffusion et le traitement institutionnalisé du syndrome dépressif.

1.2 La permanence d'une double difficulté constitutive du champ des névroses⁹ : sous quelle forme et à l'intérieur de quelles limites sommes-nous malade ?

La distinction entre les névroses et les psychoses était le socle de la classification nosographique en psychiatrie jusqu'au milieu des années 1970. Il est possible, comme l'a fait Roger Bastide (1966 :100-104), de distinguer sociologiquement ces deux entités. Si les psychoses ont toujours eu un taux de prévalence relativement stable à travers les époques (touchant un nombre minime de personnes dans la population), les névroses quant à elles ont tendance à se généraliser à l'ensemble de la population; elles prennent souvent l'allure d'une épidémie, telle que l'hystérie au 19^e siècle et la dépression aujourd'hui. De plus, les symptômes multiples et les critères diagnostiques flous qui caractérisent les névroses ont tendance à se transformer fréquemment en fonction des changements sociaux et normatifs (Otero, 2005). En raison de ces facteurs, les névroses ont toujours posées problème à la logique médicale, notamment au niveau de la forme (nosographie) et des limites (critères de distinction du normal et du pathologique).

Les querelles cliniques autour du statut et de la pertinence de la névrose commencent à se faire entendre vers la fin des années 1970, notamment avec l'arrivée conjointe des antidépresseurs et le nouveau manuel de classification des maladies mentales, le DSM-III. Si les premiers antidépresseurs arrivèrent dans les mains de la psychiatrie au début des années 1950, celle-ci ne disposait d'aucun critère diagnostique valide du point de vue médical (Cohen, 1996). Le DSM-II, manuel de classification des maladies mentales paru en 1968, était en effet marqué par un rapprochement théorique avec la psychanalyse mais aussi par des

⁹ Nous faisons référence tant aux névroses freudiennes qu'au trouble dépressif actuel.

transformations institutionnelles; la psychiatrie ouvrant ses murs sur la communauté (voir chapitre 2).

À cette époque, la dépression était considérée comme un syndrome disparate, repérable dans la plupart des maladies mentales. Elle semblait représenter, pour la plupart des cliniciens, mais surtout pour les médecins généralistes, un vrai casse-tête diagnostique. Pour agir sur la maladie mentale sous-jacente au syndrome dépressif, il fallait, au niveau du diagnostic, se demander à quelle pathologie sous-jacente une série de symptômes X pouvait renvoyer et, par conséquent, se mettre en accord sur les causes (Ehrenberg, 1998). Mais dans l'espace d'une évaluation diagnostique, cette tâche semblait insurmontable.

On comptait ainsi trois types de dépression: endogène, névrotique (psychogène) et réactionnelle (exogène). Synthétiquement, la première, classée dans le champ des psychoses, était imputable à des facteurs biologiques, elle ne présentait aucun facteur psychologique déclencheur. Elle prenait le statut clinique de la mélancolie involutive ou de la maladie maniaco-dépressive. La dépression névrotique¹¹, quant à elle, plus courante et moins handicapante que la dépression endogène, affectait les structures de la personnalité du sujet (lesdits conflits psychiques) et s'expliquait par des aspects subjectifs préalables (intentionnels et donc internes au sujet). Enfin, la dépression réactionnelle, classée aussi dans la catégorie des névroses dépressives, était une réaction psychologique en lien à un événement extérieur, tel un deuil. Celle-ci était la plus facile à diagnostiquer puisque la cause pouvait être externe au sujet, c'est-à-dire événementielle. Mais dans tous les cas, la psychothérapie était désignée comme le moyen thérapeutique le plus efficace.

¹¹ Dans le DSM-II, la névrose dépressive se lit comme suit : ce trouble se manifeste par une réaction excessive de dépression due à un conflit interne ou à un événement identifiable, comme la perte d'un objet aimé ou d'un bien apprécié. Il doit être distingué de la mélancolie involutive ou de la maladie maniaco-dépressive. La dépression réactionnelle doit être classée dans cette catégorie.

Le paysage clinique commence à changer vers le milieu des années 1970. L'arrivée des méthodes sophistiquées de l'épidémiologie en santé publique offrait à la psychiatrie et à la médecine le moyen de s'abstraire des données cliniques et de s'appuyer sur des études populationnelles. À cette époque, l'épidémiologie démontre que la dépression tend à devenir la pathologie la plus répandue dans le monde (Ehrenberg, 1998 : 138). Avec l'arrivée des nouvelles molécules psychopharmacologiques, la médecine générale commence aussi à s'y intéresser de près. De plus en plus de personnes présentent des problèmes reliés à l'humeur et aux autres domaines du malheur intime et de la vie quotidienne. Les psychanalystes commencent eux aussi à remarquer une nette croissance des symptômes dépressifs parmi leur clientèle. Or, l'attention que la psychiatrie portait à la dépression était minime, sinon égale à celle que la psychanalyse portait généralement au symptôme. Pour la psychanalyse en effet, l'antidépresseur ne pouvait au mieux que préparer le patient à affronter ses conflits psychiques en diminuant l'intensité de ses symptômes (Ehrenberg, 1998). Or, les premières études pharmacologiques ont montré que les antidépresseurs avaient une efficacité certaine dans le traitement des dépressions réactionnelles, causées par un événement externe au sujet. La psychanalyse refuse d'user de l'antidépresseur comme choix thérapeutique. Cependant, elle constate que de plus en plus de patients rencontrés font état de souffrances liées à un sentiment de dévalorisation personnelle et d'insécurité identitaire; on ne faisait pas ce constat dans les années 1960. Ainsi la plupart des psychanalystes sont contraints d'avouer que ce sont des syndromes qui ne relèvent pas d'une névrose mais d'une pathologie narcissique qui abrase les conflits (Ehrenberg, 2005).

Ainsi s'amorce le déclin de la névrose dans la psychiatrie contemporaine. C'est certainement l'arrivée du DSM-III en 1980, couplée à celle de la deuxième génération des antidépresseurs (ayant peu d'effets secondaires), qui marquent officiellement « le retour de l'objectivisme médical » en psychiatrie (Castel, 1981) ainsi que le double déclin de la névrose et de la psychiatrie-psychanalytique. En effet, les travaux autour du DSM-III ont été parsemés d'une « bataille épique

autour de la névrose » (Gasser et Stigler, 2001). Et au grand dam des psychanalystes qui siégeaient sur le comité exécutif, son exclusion a été votée. Dans le DSM-III, la dépression devient une entité clinique en elle-même : elle est nommée trouble dépressif majeur. Il s'agit d'un trouble mental que l'on peut directement cibler (prétendre enlever) par l'intervention pharmacologique ; les antidépresseurs deviennent alors le traitement thérapeutique de choix pour la soigner. La dépression entre dans l'ère du néo-kraepelinien, un modèle de classification privilégié qui fait fi des causes et surmonte ainsi les batailles étiologiques, pour se concentrer sur le repérage des symptômes. La psychiatrie entre alors dans une ère nouvelle, celle qui puise ses références dans l'épidémiologie, la psychopharmacologie et la biologie (Ehrenberg, 2005).

Le DSM-III fut en effet un des moyens de la psychiatrie pour mettre fin aux problèmes que posait l'étiologie à « l'objectivisme médical », étiologie qui avait été jusque-là la condition *sine qua non* de l'intervention thérapeutique. Le DSM-III utilisait désormais des critères diagnostiques pour redéfinir les troubles mentaux (Gasser et Stigler, 2001). Se présentant comme « a-théorique », il visait, à travers l'établissement d'une fidélité inter-juges, à établir un consensus entre praticiens de diverses orientations théoriques, permettant d'apposer des diagnostics (et des interventions conséquentes) standards et opératoires. Mise à part le renoncement à l'étiologie et à la névrose, d'autres transformations peuvent être soulignées dans ce remaniement de la clinique.

On peut noter, premièrement, que la pratique d'attribution du diagnostic se fait selon la reconnaissance de prototype, confirmant par là l'influence des théories cognitives selon lesquelles nous raisonnons selon les « bons exemples » (les prototypes) de ce que constitue une classe (« utiliser la reconnaissance au lieu de se souvenir d'une liste de règles d'appartenance à telle ou telle classe » (Ehrenberg et Lovell, 2001)). Ainsi les différences entre les différents diagnostics sont claires et les frontières entre les catégories deviennent absolues (entre le trouble dépressif et le trouble anxieux par exemple), ce que les

cognitivistes appellent les « effets de prototypes ». De plus, la recherche se trouve désormais éloignée de la clinique, elle se fait davantage en lien avec la recherche pharmacologique et épidémiologique. La recherche est ainsi faite par des non-cliniciens et les cliniciens sont quasiment absents

Enfin, plutôt qu'un modèle de classification centré sur la distinction des névroses et des psychoses, la sémiologie actuelle met l'accent sur les descriptions fines de comportements directement observables (Kirk et Kutchins, 1998), des symptômes que l'on peut directement transformer en signe, qu'ils soient visibles ou non. Cette tendance revient à ce que certains ont nommé le « néo-kraepelinien ». En effet, au début des années 1900, Kraepelin subsume les différents troubles de l'humeur dans un ensemble nommé folie maniaco-dépressive (Healy, 2002). Pour lui, il importe peu qu'un individu manifeste des symptômes qui font de lui un bipolaire, un unipolaire ou un dysthymique car toutes ses caractéristiques appartiennent à la même maladie. Ainsi, dans la folie maniaco-dépressive, il inclut : « des colorations de l'humeur légères, certaines périodiques, d'autres continûment morbides » (Kraepelin, 1921 cité dans Healy, 2002 :59). Dans le modèle « néo-kraepelinien », il importe peu que le sujet déprimé soit dysthymique ou bipolaire, qu'il pleure légèrement ou qu'il pousse des excès de colère, ces états faisant parti d'un trouble unique : le trouble dépressif majeur. Et dans ce sens, H. Van Praag écrivait en 1990 :

No fixed set of symptoms has to be present in order to qualify for either [dysthymic and major depression] diagnosis, but rather y symptoms out of a series of $y + x$, no matter which ones. As a consequence, the same term covers a diversity of depressive syndromes. Moreover, the majority of symptoms listed under the major depression are similar to those listed under dysthymic disorder; discriminating symptoms are few, both in the DSM-III and the DSM-III-R (p.49)

Aujourd'hui, deux systèmes de classifications internationales des troubles mentaux sont utilisés de manière interchangeable : ces deux systèmes étaient

jusque là éloignés puisque pour l'un, la classification reposait sur la clinique, et l'autre sur l'épidémiologie:

- la quatrième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV, APA, 1994), qui n'est qu'un prolongement du DSM-III ;
- la dixième édition de la Classification internationale des maladies, troubles mentaux et troubles du comportement, éditée par l'OMS (CIM-10, WHO , 1992).

Dans ces deux classifications, la dépression est répertoriée comme étant un trouble de l'humeur. En pratique on retrouve, dans ces deux classifications, trois principales catégories de troubles de l'humeur; chacune ayant son vis-à-vis :

- le trouble dépressif majeur (DSM-IV) qui correspond à l'épisode dépressif de la CIM-10 ;
- le trouble dysthymique (DSM-IV) à la dysthymie de la CIM-10 ;
- le trouble bipolaire (DSM-IV) au trouble affectif bipolaire de la CIM-10.

Le trouble dépressif majeur du DSM-IV est décrit selon 9 critères ou symptômes. Cela dit l'attribution du diagnostic ne nécessite pas qu'un sujet les rencontre tous : tristesse excessive, perte d'intérêt, problèmes d'appétit, problème de sommeil, agitation ou ralentissement, fatigue, perte d'énergie, culpabilité excessive, difficulté à se concentrer, pensées de mort. Dans la classification internationale de l'OMS (CIM-10) les épisodes dépressifs sont caractérisés par :

un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, une fatigue importante. On observe habituellement des troubles du sommeil et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation

Mais si la dépression est officiellement classée dans la catégorie trouble de l'humeur, la psychiatrie actuelle s'est toutefois « détournée de son axe central, l'humeur, pour s'étendre à des formes d'expression somatique et comportementale de la maladie » (Parquet, Chevalier, Cuche, *et al.*, 2001). En effet, tel que le dénote M. Otero (2003), la tendance actuelle dans la clinique est de soigner le sujet sous l'angle d'un corps dont il faut dresser l'action et réguler l'humeur. Ainsi, le sujet se présentant avec certaines souffrances n'est envisagé que comme corps muet sur lequel on doit agir. Le patient n'a plus, comme c'était le cas au temps où la dépression était symptôme de la névrose, à parler de ses souffrances et du sens qu'il donne à celles-ci. L'attention des diagnosticiens n'est pas attirée par les manifestations subjectives de la souffrance, comme la tristesse, mais par l'incapacité du sujet à agir, c'est-à-dire les dysfonctionnements de l'action et ses manifestations objectives, comme la perte d'énergie, les troubles d'appétits, l'insomnie, etc. (Otero, 2003). C'est ce que certains ont nommé une « dépression sans tristesse ».

Un des défenseurs actuels de ce nouveau paradigme est Daniel Widlöcher qui tente d'établir une liaison entre les neurosciences et la psychanalyse freudienne. Dans *Les logiques de la dépression* (1995), il ne considère que les deux caractéristiques fondamentales :

sont que ce type de dérèglement [de l'humeur] n'est pas une altération d'un état affectif, mais l'amplification d'une réponse comportementale naturelle, et que la tristesse n'est pas le facteur qui explique cette réponse. Les signes de la dépression ne sont pas les expressions de la tristesse. Ils témoignent d'une attitude de *figement* qui s'accompagne de tristesse (p. 233).

Ainsi, s'il y a tristesse, ou si on reconnaît l'existence d'un effet mental dans la dépression, ils sont placés dans le continuum de l'action ou plutôt de l'inaction. La dépression de ce point de vue est considérée comme un rapport entre ralentissement psychomoteur et affects dépressifs, plutôt qu'un rapport d'expression tristesse-abattement (Castel, 2006). Ainsi, il importe peu que le sujet

manifeste de la tristesse, qu'elle soit légère ou excessive, car elle n'est qu'un effet en amont (une amplification) du ralentissement de l'action et non un symptôme de la dépression. Cela signifie, par exemple, que le dépressif qui veut dire je suis triste donc je pleure, devrait plutôt dire je suis triste parce que je pleure (Castel, 2006).

Widlöcher est en quelque sorte le porte-étendard des médicaments antidépresseurs. Il défend l'idée que le ralentissement psychomoteur tient lieu de prédicteur (le traitement d'épreuve) de l'efficacité thérapeutique (des médicaments). Les antidépresseurs, qu'on nomme aussi « sérotoninergiques », agiraient sur le cerveau en tant qu'axe central de l'action et non sur l'humeur ou le conflit intrapsychique. En effet, pour Widlöcher, la réponse dépressive n'est pas symptomatique d'un conflit psychique interne à l'histoire intentionnelle du sujet, elle sert de fonction adaptative et ne prend sens que dans la logique de l'action, entendue ici comme normativité biologique. Widlöcher démontre qu'il existe ainsi une dépression normale, c'est-à-dire une souffrance normale qui s'inscrit dans tout le spectre comportemental de l'action. Cette dépression atteint le statut de pathologie lorsqu'il y a « figement » ou ralentissement de l'action. La réponse dépressive signale alors un déficit quant à la fonction adaptative du comportement à un événement ou un environnement externe (c'est l'ancienne dépression névrotique réactionnelle). Cette idée renvoie à l'argument selon lequel les antidépresseurs agiraient de façon analogue à la dépression endogène (dite neurologique, héréditaire), réactionnelle et névrotique; qu'il n'y aurait donc plus lieu de parler de névrose ni de faire parler ou écouter le sujet. L'action chimique sur le trouble mental tient lieu d'écoute de la souffrance, elle régule l'humeur et l'énergie du « corps mental » sans que les conflits psychiques aient besoin d'advenir.

En concédant qu'il y a du mental (du psychique ou du psychologique) dans la dépression, on se réfère uniquement au « corps mental » le cerveau. Ce corps mental, comme intentionnalité biologique, est le pivot de l'action. On subsume les

diverses manifestations mentales, psychiques, psychologiques ou sociales possibles dans cet ensemble nommé cerveau. En suivant Ehrenberg, le cerveau peut être ainsi considéré comme une « totemisation du soi ». Toutefois, si le cerveau devient de plus en plus le soi, dans les représentations collectives, populaires et scientifiques¹², en même temps que le lieu de la dépression (déséquilibre dans l'économie des neurotransmetteurs), on peut difficilement affirmer que c'est le soi (le sujet) qui est soigné par les antidépresseurs. Qui est donc soigné par les antidépresseurs ? Qui est donc déprimé ? Tous les efforts pour isoler le mental du social, par exemple en l'assimilant au cerveau, sont problématiques et insuffisants. Le sujet qui sous-tend les processus de définition des pathologies mentales n'est ni entièrement l'un (un corps –biologique, neurologique, physique, mental, psychologique), ni entièrement l'autre (social), mais bien l'articulation complexe et dynamique des deux. La dimension profondément sociale du soi, de l'individu, s'ancre dans des pratiques sociales, des institutions qui lui donnent un cadre social, des règles permettant d'exister et de baliser ses conduites. Ainsi, aujourd'hui encore nous ne sommes parvenus à endiguer la souffrance mentale, ni l'expliquer, ni la guérir entièrement. Toute science, tout expert du « soi », n'est pas en dehors du cadre social. Il doit donc constamment s'ajuster aux changements dans la normativité sociale qui permettent d'énoncer de nouvelles vérités sur le sujet (et le transformer en objet : fou et névrosé hier par exemple, et dépressif aujourd'hui). Cet aspect dynamique de la normativité sociale démontre le caractère ambigu de la « normalité psychologique » dans le champ de la médecine mentale et de son interprétation en tant que dysfonctionnement ou problème d'adaptation sociale.

Par exemple, avec l'arrivée du trouble dépressif comme entité pathologique et non plus comme symptôme de la névrose, P.H. Castel (2006) note qu'on s'est :

¹² Voir par exemple l'article récent du journal *Le Devoir* (3 septembre 2006), paru dans le cahier Les Actualités : « Atteindre la paix cérébrale des carmélites. Une nouvelle neuro-psychothérapie pour soigner la dépression » qui affirme par exemple que les dépressifs « ont une véritable jungle cérébrale »

n'y a plus ici de critère interne à la dépression, qui ferait d'elle dans tel cas, une maladie, et dans d'autres, non : s'il s'agit d'adaptation, le critère devient externe¹².

Widlöcher, en parlant de figement dépressif, semble avoir théorisé ce qui posait problème dans la théorie médicale de la dépression : l'humeur. En effet, celle-ci faisait obstacle à la logique médicale en insistant sur l'épineux problème de la frontière entre le normal et le pathologique. En effet, si on ne réfère plus à l'étiologie mais seulement aux symptômes, quel peut alors être le critère qui différencie une humeur normale et une humeur pathologique? Peut-on être «un peu déprimé» sans que cela soit associé à une pathologie? Quel est le seuil pathologique d'une humeur si elle ne correspond pas à une maladie mentale sous-jacente? Le problème reste entier. On ne voit pas comment se passer d'un critère explicite, qu'il soit externe (social) ou interne (psychique, biologique, génétique, etc.).

En 1946, l'un de chefs de file de la psychiatrie française, Jean Delay, dans un ouvrage devenu classique, *Les dérèglements de l'humeur*, évoqua cette ambiguïté:

[L'humeur], c'est une notion facile à entendre mais difficile à définir [...]. L'humeur est cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donnent à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur. La base de la vie affective est faite d'une échelle d'humeurs comme la base de la vie représentative d'une échelle de conscience (cité dans Ehrenberg, 1998 :87).

Mis à part le domaine de l'humeur, dès que l'on pose la question en termes de normal et de pathologique, on est confronté à l'arbitraire de la limite ou du

¹²Castel, P.H. «La dépression comme artefact épistémologique. Sur les logiques de la dépression de Daniel Widlöcher», [en ligne]. <http://pierrehenri.castel.free.fr/Articles/Belair.htm> (page consultée le 23 mars 2006).

seuil. Par exemple, quel critère la psychiatrie a-t-elle utilisée pour qualifier l'homosexualité de pathologique, alors qu'aujourd'hui on la voit autrement? Mais l'arbitraire n'est-il pas aussi le lieu de la psychanalyse, lieu où le normal est défini comme la résolution heureuse des conflits de l'enfance (Lantéri-Laura, 1998)? Comment la psychiatrie peut-elle alors se sortir de l'arbitraire, c'est-à-dire définir ce qui relève du pathologique sans s'appuyer sur un critère moral?

Pour Georges Lantéri-Laura (1998), psychiatre et historien de la psychiatrie, l'unique voie de sortie réside dans la clinique qui repose sur l'étiologie en tant que garde-fou empirique. Pour ce psychiatre, la situation de l'arbitraire des limites en psychiatrie peut se modifier

si l'on considère que relève de la pathologie mentale celui dont on peut montrer, par un examen clinique soigneux, qu'il est atteint, *non pas de troubles psychologiques, mais d'une maladie mentale clairement caractérisée*, c'est-à-dire de l'une de celles que la clinique psychiatrique a identifiées : névroses actuelles, névroses de défense, psychoses aiguës, manie et mélancolie, bouffée délirante polymorphe, états confusionnels, paranoïa, délires chroniques, schizophrénies, démences, constituent, à cet égard, un centre précis et bien défini, et donc un critère d'inclusion et d'exclusion à l'endroit de la pathologie (1998 : 56)

Ainsi la psychiatrie ne pourrait prétendre connaître le pathologique en soi, son savoir provient des maladies préalablement définies (il y aurait donc un ensemble fini de maladies possibles). Par exemple la tristesse, prise en elle-même, ou l'homosexualité (ou toute autre forme de comportement) ne sont en soi ni pathologiques ni normales. La tristesse pourrait être considérée pathologique si elle survenait chez une personne ayant une maladie X et surtout en raison de cette maladie. Comme l'explique Lantéri-Laura, un comportement ne peut jamais suffire à affirmer un diagnostic. Et de poursuivre :

En réduisant ainsi le pathologique en psychiatrie à l'ensemble des maladies mentales, nous restreignons sûrement la pertinence de l'explication psychiatrique et nous nous conformons au vieil adage latin : *sutor, ne supra crepidam* [cordonnier, pas plus haut que la chaussure].

Pareille restriction nous semble plus en rapport avec ce que la psychiatrie sait effectivement que les commentaires supposés psychiatriques à l'endroit des événements monstrueux ou extravagants de la vie de tous les jours, où l'on distend tellement le champ d'application de la psychopathologie qu'on en vient à lui faire expliquer tout et n'importe quoi (p. 57)

Lorsque l'intervention psychiatrique sort du champ de la pathologie elle devient une instance de « contrôle », non pas de la maladie, mais de l'anormal. Elle cherchera alors, non pas à exclure du champ de la pathologie ce qui ne l'est pas mais au contraire à inclure dans son champ d'intervention toute une série de différences fines et observables entre les individus malades et ceux qui ne le sont pas. Ce repérage de l'anormal (hors du champ pathologique), s'inscrit alors dans un ordre normatif à l'intérieur duquel la psychiatrie va jauger chaque conduite en lien avec la norme pour l'inclure ensuite dans son champ d'intervention, non pas nécessairement pour en faire une pathologie, mais pour lui assigner une place précise (par rapport à la norme).

Dans les DSM-III et IV on affirme par exemple qu'il n'y a pas de définition opérationnelle cohérente et rationnelle pour définir un trouble mental qui s'appliquerait à toutes les situations. Toutefois, l'un des critères retenus est la déviation statistique qui, selon P. Lemoigne (2005 : 105) « ne sont pas saines mais demeurent pour autant normales : elles représentent une déviance à l'égard des comportements attendus de la part d'un individu ». Le trouble mental s'applique donc à un individu normal ni sain ni malade, mais dont le comportement fait problème en s'écartant de la norme sociale. Hors du champ proprement pathologique, la psychiatrie glisse alors sur le terrain fragile qui se situe entre la norme et la déviance. Cette idée se retrouve aussi dans le DSM-IV où l'on situe la limite du normal :

Les signes et les symptômes ne peuvent accéder au rang de critères [de distinction du normal et du pathologique] que s'ils sont, certes suffisamment simples et non ambigus, mais aussi responsables d'une souffrance de l'individu « cliniquement significative » et d'une

« altération », ou d'une « déficience » du *fonctionnement dans plusieurs domaines importants comme le domaine social ou professionnel* (p. XII)

La psychanalyse pour sa part, situe l'explication au niveau du continuum entre le normal et le pathologique. En devenant pratique médicale, comme elle le fait en s'institutionnalisant dans la psychiatrie, ne glisse-t-elle pas aussi sur ce terrain fragile de la norme et la déviance? Roger Bastide, en résumant les propos de Henry Ey, soulève ceci:

si on n'accepte pas qu'il y ait une différence de nature entre l'homme sain d'esprit et l'aliéné, comme le veut par exemple la psychanalyse qui rattache les névroses au destin même de l'homme, alors il existe forcément un continuum où on ne sait exactement où commence et où finit la santé mentale; à la place d'une psychiatrie solide et vraiment scientifique, on ne se trouve plus en présence que d'une psychiatrie fluide, avec ses demis-fous et ses demis responsables (1967 : 97)

Si la psychanalyse a pu jouer un rôle théoriquement « critique » quant à la question du sujet, elle n'a toutefois pas eu d'effets directs sur « la vieille carcasse de la médecine mentale » (Castel, 1976), ni sur les finalités normalisatrices de la psychiatrie. La psychanalyse (tel que l'antipsychiatrie, nous le verrons) a longtemps cherché à faire parler la folie à partir d'un « dehors ». Les différentes formes de souffrance psychique étaient distinguées entre elles sans les rapporter à une norme de la santé mentale. Mais dans l'ordre normatif, avec ce qui constitue la forme générale de la régulation sociale :

rien n'est plus intérieur à nos sociétés, rien n'est plus intérieur aux effets de pouvoir que le malheur d'un fou [...] Autrement dit, on est toujours à l'intérieur. La marge est un mythe. La parole du dehors est un rêve qu'on ne cesse de reconduire. On place les « fous » dans le dehors de la créativité ou de la monstruosité. Et pourtant, ils sont pris dans le réseau, ils se forment et fonctionnent dans les dispositifs du pouvoir (Foucault, 2001b : 77)

Ainsi les frontières épistémologiques entre le normal et le pathologique semblent impossibles à tracer dans le champ de la médecine mentale. Comme nous le verrons au prochain chapitre, cela s'explique en partie par le fait que les dispositifs institutionnels de ségrégation entre catégories d'individus (fous — sains d'esprit, déprimés — fonctionnels, etc.) se sont historiquement constitués davantage en lien avec des exigences sociales, politique et économiques que médicales. La double difficulté à définir la forme d'une catégorie psychopathologique (les querelles nosographiques) ainsi que la justification autorisant le passage du normal au pathologique s'éclaire lorsqu'on se situe dans une perspective sociologique. En Occident, le «nœud» tissé entre individu, société et problèmes de santé mentale se transforme constamment en fonction: de la variation normative (modèles institués d'adaptation et d'inadaptation sociale); de la redéfinition des lieux d'interface entre le corps et l'esprit (topiques psychanalytiques, économies des neurotransmetteurs, articulations génétiques de l'hérédité de comportement, etc.); de la modification des repères culturels définissant la douleur physique et morale (modalités de souffrance psychique, seuils de tolérance au «stress», etc.). Sociologiquement parlant la dépression, tout comme les traitements conçus pour la soigner, la gérer, la prendre en charge, n'est intelligible qu'en fonction des trois dimensions évoquées.

CHAPITRE II

DE L'ASILE AU MÉDICAMENT PSYCHOTROPE : TRANSFORMATION DES MODALITÉS DE «PRISE EN CHARGE» DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

Les catégories psychopathologies, tel qu'on l'a vu, se transforment en fonction de nombreuses dimensions sociales et culturelles en lien avec les savoirs scientifiques du «mental» pathologique. Cela dit, les stratégies d'intervention sont soumises aux mêmes dynamiques extra-médicales. De même qu'on n'est pas fou, névrosé ou déprimé en dehors de certaines figures institutionnalisées de la pathologie mentale, on n'intervient pas en dehors de certaines formes institutionnalisées de soi, du traitement voire de la guérison. Les processus de définition d'une catégorie psychopathologique et d'une stratégie d'intervention renvoient aux mêmes dimensions sociologiques qui les mettent en adéquation, du moins en résonance. Pour le dire schématiquement, aliénation et asile, névrose et psychanalyse, dépression et antidépresseurs entretiennent des rapports homologues. Il devient alors pertinent d'évoquer, dans ce présent chapitre, la transformation des stratégies d'intervention sur ce qui a historiquement été défini comme le mental pathologique.

La psychiatrie a toujours officiellement cherché à maintenir la spécificité de son objet, de sa méthode et de son approche par rapport à la médecine générale; elle a cherché à se constituer en tant que médecine spéciale (Castel, 1976). Mais si elle est bien une médecine spéciale, à la fois médecine comme une autre et autre que la médecine (Ehrenberg et Lovell, 2001 : 11), c'est parce qu'elle se trouve au carrefour des changements normatifs et des développements scientifiques (Otero, 2003). Arrêtons nous brièvement aux raisons sociales, historiques, culturelles et scientifiques qui expliquent les deux modalités d'institutionnalisation de la folie : l'enfermement de la maladie mentale pour la

guérir; et son « désenfermement » pour la soigner. Nous pourrions alors mieux comprendre pourquoi la « maladie mentale », en la désenfermant, est devenue un problème de santé mentale.

2.1 Enfermer, observer, traiter l'univers de la « maladie mentale »

On connaît désormais le versant obscur que Foucault réserva à la naissance de la psychiatrie. Dans les décombres du mythe fondateur de la psychiatrie, « cet âge heureux où la folie est enfin reconnue selon une vérité comme à laquelle on était trop longtemps aveugle » (Foucault, 1967 :606), un geste ingrat, nécessairement oublié dès qu'accompli, celui de la pratique institutionnelle du grand renfermement au 17^e siècle de toute une frange de la population; fous mais aussi vagabonds, chômeurs, pauvres, infirmes, malades invalides, libertins sexuels, etc. Ce geste d'exclusion indifférencié, sur fond de normes sociales préalable¹³, était la condition même de l'organisation sociale naissante (l'ordre normatif libéral et la société démocratique). Celle-ci plaçait l'exigence du travail comme une règle centrale à son fonctionnement. Tous ceux qui étaient inaptes au travail devinrent visibles et se virent assigner une place précise en tant que déviant, porteur d'une identité marginale.

À la fin du 18^e, si Pinel « libère les fous » de leurs chaînes, il les libère des autres (déviants) pour leur donner une réalité objective spécifique (un statut positif) en tant que malades, dont les troubles s'expliquaient par des causes caractérielles ou psychiques. L'internement est devenu hôpital psychiatrique; l'enfermement était, dès lors, la manière de traiter la folie comme maladie

¹³ Dans un ordre disciplinaire, la production normative des « réalités », c'est-à-dire des institutions et des individus, est une production sans sujet (sans essence), c'est-à-dire que les individus sont à la fois et dans le même mouvement le produit et le porteur du pouvoir (à la fois la cause et l'effet) et permettent d'assurer le relais entre deux modes de régulation sociale. La transition d'un mode à un autre se fait par rupture spontanée et « discrète », le nouveau puisant des éléments (institutionnels ou de savoir) dans l'autre pour se réaménager comme « trouvaille » ou comme « nouveauté ». Par exemple, Foucault montre que dans *l'Histoire de la folie*: « l'élimination spontanée des « asociaux »; l'âge classique aurait neutralisé, avec une efficacité très sûre – ceux-là mêmes que, non sans hésitation, ni danger, nous distribuons entre les prisons, les maisons de correction, les hôpitaux psychiatriques, ou les cabinets de psychanalystes » (1972: 88).

mentale. Ce projet thérapeutique a pris place dans l'asile avec Pinel. Le traitement moral était le moyen permettant d'isoler l'aliéné devenu étranger à soi et de le ramener à la raison (la désaliénation mentale), à un rôle social moralement reconnu et approuvé et duquel il avait décroché (Foucault, 1967 : 594-595). Ce traitement psychologique de la folie a été facilité par la structure architecturale de l'asile où l'ordonnancement et la symétrie étaient en quelque sorte dessinés autour de la désorganisation liée à la folie.

Au 19^e siècle, on assiste à une première médicalisation de la psychiatrie. Cela tenait moins à l'assignation par la médecine d'un savoir propre à la psychiatrie qu'au cadre juridique permettant l'internement (par le certificat médical, l'aliéniste autorisait légalement l'internement). L'institution médicale prenait, dans le cas de la folie, la relève de l'institution judiciaire. La psychiatrie, reconnue comme savoir spécifique sur la folie, devient, dès le départ, une pratique sociale importante. Elle participa, tout comme la médecine, à l'essor de la société libérale dans laquelle la loi avait pour rôle d'assurer la régularité et l'ordre social. Médecine spéciale, dit Castel (1976 :204), car « le psychiatre [au 19^e siècle] est d'abord un nouvel expert [...] un représentant de la normalité extérieure à l'asile [...] et la psychiatrie une nouvelle ramification spécialisée dans la division du travail social » (p. 204; 212). Ainsi, la psychiatrie est devenue une spécialité en raison de son institutionnalisation en tant que domaine spécialisée de l'hygiène publique (dont la médecine aura été, dès le 18^e siècle, la représentante). L'exclusion réciproque du discours judiciaire et médical (au 18^e siècle) fait place au milieu du 19^e, à un *continuum* médico-légal entre l'asile et la prison (avec un pôle juridique et un pôle thérapeutique). Ce continuum devient le protecteur du corps social, dans lequel les « dangers » liés à la non conformité de l'ordre et des mœurs sont de plus en plus identifiés à des pathologies particulières.

À partir de ce moment, la psychiatrie développa un savoir médical proprement dit : la **neurologie** (avec l'arrivée de la **névrose hystérique**). Elle a pu entrer en tant que « vraie science » sur le terrain de la vie sociale. Elle ne

s'intéressait « non plus à la folie et au délire qu'elle recèle » (Foucault, 1999 : 149), comme c'était le cas avec Pinel et le traitement moral, mais aux fines irrégularités, aux anomalies de comportement, essentiellement sexuelles, celles qui fourmillaient hors des murs de l'asile. Elle cherchait à associer les conduites déviantes à des symptômes d'une maladie mentale; ces conduites étant des écarts « par rapport à des règles de l'ordre, de conformité, définies soit sur un fond d'obligation familiale¹⁵, soit sur un fond de normativité politique et sociale » (Foucault, 1999 : 147).

On assiste alors à la « désaliénation » de la folie et de la psychiatrie, et à la naissance de la psychopathologie; la psychiatrie n'ayant plus besoin de la folie pour exister. La psychiatrie, en tant que pratique médicale, introduit dès lors la norme (comme norme de conduite et comme irrégularité fonctionnelle) dans l'horizon de son intervention. Cela lui permet, peu à peu, de sortir du champ clos de la clinique¹⁶. Elle investira alors le champ libre des « écarts » de conduite qui seront interprétés comme des manifestations pathologiques possibles en regard d'un fonctionnement normal. Cela ne veut pas dire que la psychiatrie n'a plus besoin de l'asile. Au contraire, jusqu'aux années 1950 environ, la majeure partie de ses activités s'inscrira dans l'intra-hospitalier. Cela veut surtout dire que l'asile sert moins à réprimer ou à exclure qu'à inclure. Il devient une manière (tout comme la prison) de définir les rapports de pouvoir avec la vie quotidienne des hommes. Le lieu de l'hôpital sert précisément de structure d'accueil nécessaire à la production de la vérité de la maladie mentale afin de soumettre le fou à un parcours de normalisation. En fait, l'hôpital psychiatrique, comme l'expliquera

¹⁵ C'est à partir de là, du 19^e siècle, que des « anomalies sexuelles », telles que la névrose hystérique, qui n'avaient pas été happées par la psychiatrie auparavant, ont été identifiées comme des troubles mentaux spécifiques aux personnes (surtout aux femmes) incapables de s'adapter à la famille bourgeoise

¹⁶ Car la finalité du mode de régulation sociale par la discipline consiste non pas à se cloisonner dans des institutions closes, mais bien à sortir de celles-ci pour se ramifier aux nerfs du corps social. La norme permet en effet ce que Foucault a nommé « l'essaimage des mécanismes disciplinaires » qui fait en sorte que les mécanismes disciplinaires « ont une tendance à se « désinstitutionnaliser », à sortir des forteresses closes où ils fonctionnaient et à circuler à l'état « libre » [...] pour se métamorphoser ainsi « en procédés souples de contrôle » (1975 : 246)

Ewald (1992) à propos de la prison, est disciplinaire non pas tant parce qu'il est fondé sur la privation de droits, mais parce qu'il répète et insiste, dans son enceinte, ce par quoi on fabrique des individus normaux. Foucault expliquera cette idée dans le *Pouvoir psychiatrique* (2003 : 164-165) :

L'asile, c'est la réalité dans son pouvoir nu, c'est la réalité médicalement intensifiée, c'est l'action médicale, le pouvoir-savoir médical qui n'a d'autre fonction que d'être l'agent de la réalité elle-même

L'organisation du mode de régulation sociale des conduites (l'ordre normatif-disciplinaire) n'a été possible que par l'ombre ferme de l'asile, premier geste administratif de la rationalité politique libérale mais aussi laboratoire nécessaire pour la création des « sciences humaines ». Jusqu'aux années 1950 environ, l'asile a été nécessaire au mode de régulation sociale en place puisque le fonctionnement du corps social était sous-tendu par ces deux pôles institutionnels, l'asile et la prison. Cela ne veut pas dire que l'asile était une source d'émanation du pouvoir. Il avait plutôt la capacité, comme toute autre institution dans l'ordre disciplinaire (les institutions comme la famille, l'école, l'usine, le travail, etc.), d'intégrer les rapports de pouvoir en produisant de nouveaux savoirs, discours, des techniques capables de remanier ces rapports, de les actualiser, et de les redistribuer progressivement à l'échelle du corps social (Deleuze, 1986 :77-99). Ce processus de remaniement et d'actualisation des rapports de pouvoir reconduit sans cesse les effets de clivage dans les corps des individus, en les constituant en sujets susceptibles de répondre adéquatement aux sollicitations des mécanismes de régulation de leur conduite (Otero, 2003).

2.2 Désenfermer, observer, traiter l'univers de la « santé mentale »

Les années d'après-guerre, entre 1950 et 1960, marquent le début du « désenfermement » de la folie sans toutefois en démanteler les murs. À cette époque, la psychiatrie prend conscience des liens intimes qu'elle entretient avec le social. Sous l'influence de la « communauté », il lui fallait, dans une perspective

de santé publique (de prévention des risques), se rapprocher des lieux d'émergence de la maladie mentale. Elle quitte ainsi l'institution de l'asile pour aller là où les « besoins » émergent en s'alliant aux diverses institutions dans la population: famille, école, etc. On assiste en effet, tant en Amérique du Nord qu'en Europe, à l'âge d'or de la psychiatrie communautaire et sociale (à partir des années 1960 au Québec), au mouvement de sectorisation de la psychiatrie dans la communauté qui donnait priorité aux activités extra-hospitalières sur celle *infra-muros*. Aux États-Unis comme en France s'implanta dans les années 1950 un courant de réforme à l'intérieur de la psychiatrie qu'on peut nommer psychologie institutionnelle, qui tente d'humaniser les conditions de la pratique psychiatrique. Ce courant revalorise le sujet (au sens freudien le plus réduit, une sorte de « demi-conscient »¹⁷) : l'homme, considéré comme un être biologique vivant dans une écologie dynamique. Cette psychologie institutionnelle prenait la forme aux États-Unis, comme on peut le voir dans le DSM-I (1952), d'un compromis humaniste entre la psychanalyse freudienne et une conception psychobiologique « qui considère le malade comme un être humain en interaction avec son environnement, mais également comme une entité biologique » (Gasser, J., Stigler, M., 2001 :235). Cette approche a donné lieu entre autres à la création des *Community Health Centers* en marge de la psychiatrie institutionnelle.

En France (à l'initiative de G. Daumézon notamment), vers le milieu des années 1950, ce mouvement de psychothérapie institutionnelle considérait par exemple que l'hôpital, au même titre que le sujet, est malade d'être renfermé sur lui-même. Il insistait alors sur le rôle de la responsabilité de la communauté (thérapeutique) et sur la nécessité de faire un travail sur celle-ci pour se réapproprier des espaces subjectifs à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital. Cela a eu pour conséquence de créer un *continuum* médico-psychologique cette

¹⁷ C'est le « premier Freud » et notamment avec sa *Psychopathologie de la vie quotidienne* (1901) dans laquelle apparaît la névrose constitutive : « œuvre corrosive à l'égard de toute doctrine de délimitation classificatoire du normal et du pathologique, ainsi que du pathologique banal et grave. Et corrosion également à l'égard du primat médical : ce qui n'est pas considéré comme pathologique n'a pas, par conséquent, nécessairement besoin d'une intervention médicale » (Gasser et Stigler, M., 2001 :235).

fois-ci, entre l'hôpital psychiatrique et les services communautaires. S'est tissé dans la communauté et à l'extérieur de l'hôpital, un réseau d'intervention diversifié (psychologue, psychoéducateur, travailleur social, infirmier, etc.) ayant comme cible les populations « à risques ». On n'avait plus besoin d'un savoir médical à proprement parlé pour intervenir, ce qui donna lieu à une diversité de techniques, psychothérapie, médicaments psychotropes, ergothérapie, etc. Ces techniques avaient toutefois en commun de reconnaître le caractère relationnel, psychologique (plutôt qu'organique) de la pathologie mentale¹⁸. Aussi, elles se sont données pour mission « de restaurer [...] le grand absent du discours institutionnaliste néo-aliéniste : l'usager » (Lagrange, 2001: 128). Cette notion d'usager valorise l'autonomie du patient en mettant notamment l'accent sur l'accessibilité aux services offerts. Toutefois, comme le note Jacques Lagrange (2001 : 128), cette notion floue d'usager [encore utilisée aujourd'hui] a pour effet d'occulter le problème du pouvoir psychiatrique qu'on souhaite dénoncer, car « se trouve esquivée la question : *qui* définit les besoins des usagers »?

Le mouvement de psychologie institutionnelle ou de psychiatrie de secteur se trouva rapidement dépassé par un mouvement de contestation extérieur à la pratique, qui posa cette fois-ci à la psychiatrie la question de son pouvoir. On voit apparaître, vers la fin des années 1960, un courant contestataire de la pratique de l'internement et de la médicalisation de la folie, et dont Mai 68 représente en France le repère symbolique, qu'on a regroupé sous le nom d'antipsychiatrie. À cette même époque la psychiatrie se dota de la psychanalyse (de la « psychodynamique » aux États-Unis avec le DSM-II (1968)) en tant que partenaire théorique pour définir et conceptualiser le trouble mental.

La réception du livre *l'Histoire de la folie* (Foucault, 1967) par le mouvement antipsychiatrique¹⁹ a été majeure. Ce livre a constitué l'appui théorique permettant de contester, dans la pratique, ce qui demeure la thèse

¹⁸ En 1960, la psychiatrie rompt officiellement avec la neurologie.

¹⁹ Chez Laing, Cooper, Esterson, Szasz notamment

centrale de l'antipsychiatrie: un pouvoir-loi, répressif, qui écrase la liberté et l'accent subversif de la folie, et anéantit plus largement la part de subjectivité, « la plus haute et la plus romantiquement malheureuse » (Castel, 1981) de l'homme. En signe de contestation, soit on exaltait carrément le mythe de la maladie mentale, soit on affirmait le caractère strictement sociogénèse : la société aliénante impose, par le biais du médecin et de l'institution psychiatrique totalitaire (Goffman), une étiquette de fou. La folie attribuée au patient nommée maladie mentale doit être envisagée comme une réaction saine à une société devenue folle.

À la société aliénante on oppose alors une dialectique libératrice (Colucci, 2005 :72), ce qui replonge curieusement la psychiatrie dans son mythe fondateur (de Pinel qui libère les fous de ses chaînes). Toutefois, à la différence du traitement moral, l'antipsychiatrie dénonce l'imposition par la famille et les autres institutions des rôles sociaux et des identités aliénantes. La santé mentale n'est pas le fait de se conformer à ces impositions identitaires, mais plutôt de libérer la subjectivité de son joug. La solution thérapeutique consiste alors à accompagner le fou dans son « voyage » de retrouvailles avec lui-même et ce, en délivrant la subjectivité de la médicalisation et de l'institution, lieu par excellence où la violence du pouvoir est exercée.

La critique de ce pouvoir était avant tout sous-tendue par la contestation de l'institution totalitaire de la psychiatrie. Celle-ci se présentait comme un modèle réduit permettant d'analyser le fonctionnement idéologique du contrôle social exercé par la société, la famille et les autres institutions. En se libérant du dispositif asilaire, qui a tout d'un pouvoir violent et répressif, on modifierait les dynamiques du fonctionnement du pouvoir. Robert Castel (1981) mentionne que la contestation anti-psychiatrique était donc moins centrée sur la pratique psychiatrique que sur l'exercice du pouvoir qu'elle recelait :

un point de fixation privilégié d'un imaginaire politique de la libération vécu à l'époque sous la forme d'une sensibilisation exacerbée à la répression. La psychiatrie a représenté une figure paradigmatique de l'exercice du pouvoir, archaïque dans sa structure, rigide dans son application, coercitif dans sa visée (1981 :23)

L'institution psychiatrique cristallisait en quelque sorte l'élan de la contestation sociale générale de la fin des années 1960, basée sur l'anti-autoritarisme (contre l'autorité de la discipline vécue dans les familles et les autres institutions sociales) et la libération identitaire. Comme le dit Ehrenberg (1998), à partir des années 1960, les transformations normatives visant entre autres l'autonomie, la liberté de choisir sa propre vie et l'épanouissement personnel commencent à entrer dans les mœurs :

On assiste au recul d'une représentation [conflictuelle] opposant l'individu à la société, individu qu'il faut encadrer par des normes disciplinaires afin de le socialiser et de protéger la société de ses excès. Mai 68 tient la place d'un repère symbolique [...] Les dynamiques morales deviennent l'objet de conflits dans l'espace public dont les revendications portent sur les mœurs [...] une façon de voir la vie privée dans les termes du choix individuel. À gauche, la notion de loi apparaît comme une forme de domination dont il importe de s'émanciper (p.151)

Mai 68, dont le thème tous azimuts du désir constituait la trame des revendications, posait l'émancipation des corps et des plaisirs comme le moteur de la révolution, indissociable de la transformation du mode de production économique. Le désir doit s'émanciper de sa relation pathologique, de la culpabilité devant la transgression de l'interdit, de la Loi. Le sujet doit ainsi se déprendre de la discipline. Libération personnelle et libération sociale deviennent indissociables l'une de l'autre. Mais dans la mesure où la révolution sociale ne s'envisageait que dans un horizon indéterminé, la libération identitaire devenait le moyen concret, par un travail militant sur soi-même, de lutter contre l'idéologie bourgeoise dominante.

2.3. La contribution de la psychanalyse et de ses «bâtards»¹⁹

Dans ce contexte, la psychanalyse lacanienne en France²⁰ se présentait comme la voie la plus révolutionnaire pour combattre les conformismes et les mœurs oppressifs. Elle permettait de penser cette transition du politique au sujet comme une solution de rechange idéale (voire encore plus radicale) plutôt que comme un repli stratégique (narcissique dirait-on aujourd'hui). La période qui s'ouvrait désormais était celle où chacun, peu importe son rôle ou sa position sociale, se cherchait une nouvelle idée de soi, commençait à se faire à l'idée qu'il puisse « faire sa vie », choisir son propre chemin, devenir quelqu'un par lui-même. Pour être un individu, il ne s'agissait plus tant de s'identifier à un autre que d'être semblable à soi-même. Cette période du début des années 1970 ira de la libération psychique à celle, moins prometteuse aujourd'hui, de l'insécurité identitaire. En effet, au revers de la « passion d'être soi », on assistera quelque trente ans plus tard, à la « fatigue d'être soi ».

En 1968, Castoriadis mentionnait « qu'on ne pouvait plus réfléchir sur l'âme que dans cet espace où Freud l'a entraînée »²¹. Mais depuis 1970 la psychanalyse semble elle même avoir été entraînée dans un espace qui déborde largement les confins de l'âme comme en témoigne le mouvement social de 68. C'est ce succès social de la psychanalyse qui a amené Robert Castel (1976) à proposer le néologisme de *psychanalysme*. L'auteur s'est demandé comment une théorie qui s'est réclamée révolutionnaire a pu contribuer à rabattre une multitude de problématiques sociales, économiques et politiques dans « l'inconscient clos du sujet ». Ce « processus actif d'invalidation » de ces problématiques aurait contribué peu à peu, selon Castel, à mettre en place les assises d'une gestion souple et moins conflictuelle du social. Sur le terrain de la psychiatrie, autant en

¹⁹ Nous empruntons ce terme à Robert Castel (1981 :163).

²⁰ Qui contestait par ailleurs l'intégration de la psychanalyse aux États-Unis à « l'appareil d'État », même polémique qui allait ressurgir avec vigueur en 2004 mais pour le cas de la France- voir notre NBP 24 sur le rapport Inserm.

²¹ Cité dans Ehrenberg, A. 2004. «Les guerres du sujet», *Esprit*, novembre, p. 74

France qu'aux États-Unis, le déplacement de ces luttes enclines à une « surdétermination de la problématique de la subjectivité » (Castel, 1981 : 20) a fait émerger une nouvelle sensibilité quant au caractère répressif de l'institution psychiatrique, surtout lorsqu'on la comparait à la pratique psychanalytique et à son caractère dit radical et libérateur.

Mais en centrant la critique sur l'institution, le mouvement anti-psychiatrique n'aurait pas eu d'effets réels sur la pratique sinon que le prolongement et l'accélération des ramifications capillaires du dispositif dans les interstices du social. Accélération car la psychanalyse, qui avait déjà entamé sa fuite en avant dans une culture psychologique (Castel, 1981), aurait permis à la psychiatrie de se sortir d'un inconfort qui était associé à la perte de son statut de médecine spéciale. D'une part, l'hôpital psychiatrique se sur-médicalisait en prenant des allures d'un hôpital général, notamment avec l'arrivée des médicaments psychotropes et la diminution du nombre de lits et de la durée des séjours. D'autre part, la psychiatrie de secteur ou communautaire était en train de se « démedicaliser » complètement (c'est-à-dire de perdre son statut de « vraie science ») en s'enlisant dans une intervention tous azimuts à vocation sociale. Dans un contexte de réforme interne et de contestation externe, la psychanalyse, comme approche thérapeutique rigoureuse présentant une nosographie à la fois souple et solide permettant de transcender l'institution close, aurait alors permis à la psychiatrie de maintenir son statut spécifique en regard de la médecine générale qu'elle défendait, tout en maintenant ses interventions dans les interstices de la vie sociale :

S'imposant à la fois dans l'institution close et dans la communauté, la psychanalyse semble ainsi faire la preuve que sa technologie surmonte les antagonismes institutionnels que la pratique psychiatrique s'enlise à essayer de dépasser (Castel, 1981 : 99)

La psychanalyse permettait alors, toujours selon Castel, une métamorphose du dispositif psychiatrique, métamorphose étant le mot clé, puisqu'il conservait

l'essentiel des modalités anciennes du «contrôle social», tout en les remaniant sous des formes presque méconnaissables. C'est ce que Castel (1976) a nommé le « grand désenfermement ». Ce premier geste de « désinstitutionnalisation » de la folie est moins une transformation historique de la pratique psychiatrique qu'un mécanisme consubstantiel du pouvoir disciplinaire où

l'institution continue à vivre, elle prolifère en même temps qu'elle s'assouplit. Le mouvement de « désinstitutionnalisation » s'opère d'abord dans l'institution elle-même, en la fractionnant [...], ce qui ne signifie donc pas pour autant une libération « mais à la fois un éclatement et une généralisation » des modalités de contrôle social (Castel, 1976 :219).

Cette métamorphose devenait nécessaire puisque l'asile, au-delà de la représentation sociale d'un pouvoir tyrannique qu'il incarnait, n'était plus une institution efficace pour gérer les dysfonctionnements, conflits sociaux qui prenaient place dans l'organisation du nouvel ordre social. La psychanalyse aurait donc contribué à mettre en place les assises d'une gestion du social à la fois plus souple et plus efficace, fonctionnant par la psychologisation des rapports sociaux. Brouillant de plus en plus les frontières entre le normal et le pathologique pour les associer au partage entre adapté/non adapté, la psychanalyse, par la psychologisation de tout et son contraire, aurait permis aux rapports de pouvoir de s'infiltrer insidieusement un peu partout. Cela, évidemment, allait à l'encontre de la libération promise par la psychanalyse. Castel (1981) a constaté toutefois que, depuis le milieu des années 1970, la psychanalyse ne contrôle plus le processus de diffusion de la culture psychologique dans la société, culture qui tend à faire de l'installation dans la psychologie l'accomplissement de la vocation du sujet social, ou pour le dire autrement, de ramener certaines problématiques sociales, économiques, politiques dans le **champ maintenant** diversifié de la santé mentale.

Comme le constate Otero (2003), on assiste, quelques trois décennies plus tard, à un « psychanalysme sans psychanalyse ». Depuis le milieu des années 1970, la souffrance psychique s'est démocratisée (la **dépression** par exemple, n'est

plus l'apanage des gens aisés) et les techniques d'intervention psychologique se sont largement diversifiées comme en témoigne la prolifération de psychothérapies un peu partout en Occident. Elizabeth Roudinesco, une des grandes défenderesses de la psychanalyse, mentionne que ce qu'on nomme maintenant la crise de la psychanalyse tient à sa spécificité dans l'ensemble des techniques psychologiques. Aux derniers États généraux de la psychanalyse en 2000 elle affirmait que :

Le XIXe fut le siècle de la psychiatrie et le XXe celui de la psychanalyse. [Et] ce qu'on appelle la crise de la psychanalyse n'est autre qu'une crise liée à la définition de sa spécificité dans un monde, celui du XXIe siècle où l'on assiste à un grand essor des psychothérapies: environ un millier recensé aujourd'hui²²

On ne peut que constater, avec elle, la prolifération d'un ensemble de techniques psychologiques. On peut regrouper ces psychothérapies de manière plus succincte en trois grands courants : l'intervention communautaire, le mouvement humaniste existentiel, le cognitivo-comportementalisme (Otero, 2003). Ces techniques psychologiques sont précisément post-psychanalytique parce qu'elles en dérivent tout en étant autonomes (Castel, 1981). En fait, ces psychothérapies ont emprunté à la psychanalyse certains éléments et les ont remaniés. Par exemple : l'abolition de la dichotomie du normal et du pathologique pour s'étendre à des souffrances psychiques (sans psychopathologies); l'importance de se mettre à l'écoute du sujet (les besoins de l'utilisateur ou du client aujourd'hui) afin qu'il acquiert les outils permettant de s'armer devant un travail constant de rencontre avec soi-même. Du même coup, les psychothérapies auraient relâché les aspects qui faisaient obstacle à la vulgate « efficacité »²³, tels

²² Roudinesco, E. « L'état de la psychanalyse dans le monde » in *États généraux de la psychanalyse* (2000), sous la direction de René Major, p. 31-43. Paris: Aubier.

²³ En février 2004, l'Institut national de santé et de la recherche médicale (Inserm) a sorti un rapport sur l'évaluation de l'efficacité des multiples psychothérapies en France qui concluait à la supériorité des thérapies cognitivo-comportementales sur les approches psychanalytiques dans la plupart des troubles mentaux, et proposait une réglementation par l'État des différentes psychothérapies. Pour un résumé des résultats et des polémiques qu'il suscita voir l'article paru dans le journal *Le Monde*: « L'Inserm propose une évaluation contestée des psychothérapies », 25

que ceux qui mettent de l'avant les idées de conflits, d'histoire et de sens. Selon Otero (2003) ces nouvelles stratégies d'intervention en santé mentale ont en commun de viser avant tout l'adaptation des sujets à leurs expériences de difficultés; elles leur donnent les outils nécessaires pour être fonctionnels dans leur environnement social sans pour autant se soucier de l'aspect thérapeutique associé à la guérison.

Il faut souligner en dernier lieu que les médicaments psychotropes, notamment les antidépresseurs, qui agissent efficacement sur une diversité de souffrances psychiques (et de populations), constituent, depuis les années 1980 notamment, le dénominateur commun (avoué et moins avoué) de toutes ces pratiques d'intervention dans le champ psychosocial de la santé mentale. Dans un contexte de crise de la psychanalyse et de montée d'une culture du soi, ils ont permis au dispositif psychiatrique de se renouveler en tant que pratique médicale (les antidépresseurs lui donnant un caractère de « vraie science ») et ce, malgré les intentions concurrentes d'un humanisme psychosocial (Castel, 1981). Ainsi se referme le « cycle » du mouvement anti-psychiatrique.

2.4. Les pièges de la libération psychique : de la guérison à la chronicité

Le mouvement antipsychiatrique a voulu libérer la folie de la violence de l'institution pour promouvoir plus largement une libération psychique et une prise en charge de soi. Aujourd'hui, on assiste à une démocratisation et à une croissance inédite de la souffrance psychique. Parallèlement, on note une prolifération des techniques de prise en charge de cette souffrance dans tous les interstices du social, que ce soit par le biais des psychothérapies, des interventions psychosociales ou des médicaments psychotropes. À l'instar de l'analyse de Foucault sur la sexualité²⁵, on peut dire que la souffrance psychique est loin d'être l'objet d'une répression ou d'une inattention collective. Bien au contraire, l'injonction à se plaindre, à dire sa souffrance en toute liberté, l'incitation à parler

²⁵ Foucault, M. (1976), *Histoire de la sexualité I. La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, 211 p.

de tous ses maux proprement intimes, n'a jamais été aussi importante. Une multitude de lieux d'écoute de la souffrance²⁶ se sont développés dans des terrains qui étaient jusqu'ici étrangers à une telle écoute. Les liens entre les questions de souffrance psychique et les problèmes que l'on considérait autrefois sociaux, s'embrouillent²⁷. Si la question de la psychologisation du social n'est pas nouvelle, en parler aujourd'hui : c'est aller au-delà du constat de la généralisation d'une individualité narcissique, celle qui irait à l'encontre d'un projet politique mettant en jeu une subjectivité subversive et universalisante; c'est tenter d'analyser comment cette nouvelle grammaire de l'intérieur, cette « vulgate psy » pour reprendre une expression de Martuccelli (2005), rend compte d'une impuissance du politique à trouver une nouvelle forme de régulation des dysfonctionnements sociaux contemporains. Cette impuissance s'est traduite par un nouveau mode de gestion des conduites plus adapté à la normativité contemporaine qui vise l'autonomie des sujets, dont l'une des composantes essentielles de son fonctionnement est la psychologisation des rapports sociaux (Otero, 2003).

Si l'œuvre de Cooper et l'Histoire de la folie de Foucault entres autres étaient interchangeables (Castel, 1981) au sein d'un même mouvement critique (l'antipsychiatrie), c'est que s'opérait, à cette époque, des profonds changements dans la normativité sociale et dans le mode de régulation sociale des conduites. Comme nous l'avons vu avec Castel, ce foisonnement critique de la pratique psychiatrique (vers la fin des années 1960) était une contestation qui dépassait largement l'objet auquel il s'attaquait (la pratique psychiatrique): la critique de la violence de l'institution émanait d'une sensibilité nouvelle face à un pouvoir répressif et mettait en jeu les questions de la subjectivité et de la vérité. Contrairement à Foucault, le mouvement anti-psychiatrique et plus largement le

²⁶ Voir à ce sujet Fassin, D., *Des maux indicibles. Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte, 198 p.

²⁷ Voir à cet égard le rapport du MSSS (2005), *Plan en santé mentale 2005-2010 : tisser des liens*, où l'on peut remarquer qu'il devient de plus en plus difficile de tracer des frontières entre ce qui est considéré comme « services sociaux » et « services de santé mentale ».

mouvement contestataire de Mai 68²⁸ ont trouvé, dans la psychanalyse, le moyen de contester ce pouvoir; celle-ci se présentait comme la voie par laquelle le sujet allait se libérer du pouvoir pour devenir un autre.

Les analyses de Foucault (subséquentes à l'Histoire de la folie) sur la question du pouvoir montrent que la centration sur l'institution de l'asile, qui a tout à prime à bord d'un pouvoir répressif, a pu occulter la manière dont fonctionne le pouvoir et son rapport à la vérité. Pour Foucault, les questions de la subjectivité et du pouvoir sont indissociables, et, en conséquence, on ne peut rien savoir du sujet en dehors de son contact avec le pouvoir. Le sujet n'est pas une essence qui préexiste au pouvoir, il en est l'effet. Il n'y a pas de discours alternatif à ce qui nous relie à la norme. Car, comme nous l'avons vu, plutôt que de concevoir le pouvoir comme une instance répressive qui fonctionnerait à la manière d'une loi qui punit sa transgression, Foucault nous montre que le pouvoir, qui fonctionne à la norme, est positif puisqu'il est constitutif des sujets, il les produit.

Le pouvoir produit de la vérité, des discours vrais. Ces discours reconduisent, à leur tour, les techniques diverses du pouvoir. Le sujet ne peut alors être pensé qu'à partir de cette norme logique du pouvoir et du savoir. La naissance de la clinique- un des premiers contacts de l'homme (par l'entremise de son corps) avec le langage de la rationalité politique libérale- n'a rien de tyrannique. Au contraire, elle fonctionne par des techniques qui investissent et traversent la vie de part en part: l'homme est devenu à la fois objet et sujet de connaissance pour la science et pour lui-même. Ainsi, pour le dire simplement, combattre la violence de la médecine pour en arriver à un désassujettissement final (ou à une libération), comme le voulait le mouvement anti-psychiatrique, équivaudrait en quelque sorte à se combattre soi-même. L'hypothèse selon laquelle la

²⁸ Qui a donné lieu ultérieurement à une fragmentation des luttes politiques orientées pour la majeure partie selon des revendications identitaires : mouvement des femmes, mouvement civique des noirs aux Etats-Unis, pour ne nommer que ceux-là.

psychanalyse (ou la psychologie) constituerait le moyen par lequel le sujet peut connaître la vérité sur lui-même pour en arriver à une « retrouvaille de soi » est évidemment exclue. Foucault avait décrit l'enfermement comme le moyen de produire la folie en tant que vérité positive pour constituer ce par quoi l'individu était contraint de se reconnaître lui-même et d'introduire, de ce fait, une dimension de la rationalité politique dans son corps. C'est pour la folie, celle de l'autre, à partir de laquelle l'individu peut se dire tel (en tant que différent), que l'univers asilaire a été constitué. Le pouvoir-savoir produit constamment de l'altérité (l'individu est toujours différent, différent des autres et de soi-même), il socialise, produit de la société constamment. Plutôt que d'une libération, Foucault parle de pratiques de liberté. Les résistances au pouvoir ne peuvent se faire qu'à partir de ce que le pouvoir, la société, fait de nous²⁹.

Le pouvoir traverse le sujet, le soi, son corps, l'assujetti, l'oblige à se constituer continuellement comme sujet, et donc à résister sans cesse à ces rapports de pouvoir qui le trament. Ces rapports de pouvoir sous-tendent comme enjeu l'affirmation de l'individu en tant que différent : le pouvoir individualise sans cesse, affirme (fixe, maintient, transforme) l'identité (en tant que sain, malade, fou, névrosé, dépressif, etc.), constitue ainsi le sujet dans les deux sens du terme, divisé des autres et à l'intérieur de lui-même. L'individu devient alors sujet reconnu par les autres et reconnaissable pour lui-même. Il effectue à son tour sur lui-même, sur son corps, sur ses émotions, sa sexualité, etc., un travail de normalisation constant, c'est-à-dire de référence obligée à la norme et qui fait de lui un sujet nécessairement social. Il peut alors résister aux injonctions des autres, tout en restant à l'intérieur de la norme. C'est cet espace qui constitue sa liberté d'agir. Celle-ci prend la forme d'un champ de possibilités qui s'ouvrent à lui pour réaliser ses conduites en tant que comportements différents, identités alternatives (Otero, 2006). Cette liberté, qui est la condition d'existence même du pouvoir, fait en sorte que l'un des terrains d'intervention normative privilégiés —

²⁹ Foucault considère que les hystériques sont les premières vraies militantes du pouvoir psychiatrique, puisqu'elles «ont simulé la folie à l'intérieur de la folie» (2003 :253).

qui est de plus en plus de l'ordre de l'intervention « psy » — est toujours et encore le corps (physique, biologique, mental). L'enjeu politique important de ces interventions « psy » est qu'elles :

réussissent à donner une réalité analytique, visible ou plus ou moins stable à certains phénomènes identifiés et définies comme « inadaptées » ou éprouvant des « problèmes d'adaptation ». Ces stratégies d'intervention, bien entendu parmi d'autres pratiques, jouent un rôle essentiel en décomposant le problème essentiellement « politique » de la régulation des conduites des sujets en une série de nombreux problèmes « techniques » locaux, susceptibles d'être gérés plus efficacement et délestés de toute assignation politique (Otero, 2005 : 87)

Ce constat, partagé par Alain Ehrenberg (1995; 1998), l'amène à dire que si les choses semblent plus personnelles aujourd'hui, elles ne sont pas pour autant moins politiques ou sociales. Elles le sont autrement :

Nous codons aujourd'hui une multiplicité de problème quotidiens dans le langage psychologique, et particulièrement dans celui de la dépression, alors qu'ils étaient énoncés, il y a encore peu, dans un langage social ou politique de la revendication, de la lutte et de l'inégalité. Cette subjectivation généralisée est une forme sociale et politique (Ehrenberg, 1995 : 23)

La référence presque obligée aujourd'hui à la psychologie, à la santé mentale, au langage de la vulnérabilité psychique pour expliquer un grand nombre de phénomènes sociaux contemporains devrait, plutôt que d'accuser l'individu aujourd'hui d'un repli narcissique, nous renseigner sur les changements dans les règles sociales qui définissent les sujets. Le succès, non seulement médical mais social, de la dépression vient, entre autres de sa capacité de « coder efficacement l'envers de la normativité sociale qui a cours » (Otero, 2005 : 86).

La volonté de libération et d'émancipation de ce qui était vécu comme des contraintes sociales totalisantes- celles qui assignaient d'avance une place à l'individu dans la société, dans une classe, une position, un rôle ou une identité, a

cédé le pas à une injonction sociale de se produire soi-même par soi-même, et ce, partout et à tout moment. L'impératif à devenir soi n'est pas le propre de notre période, c'est plutôt l'injonction sociale à devenir soi en agissant par soi-même et en s'appuyant sur ses propres « ressorts internes » pour y arriver (Ehrenberg, 1998). L'impératif d'autonomie, être propriétaire de son soi, qui était jadis réservé aux membres de la haute société ayant les supports matériels nécessaires pour se réaliser et conquérir leur liberté, a envahi la sphère publique (au même moment où les murs de l'asile sont tombés). Devenir soi par soi est la nouvelle contrainte sociale de masse. Que ce soit dans le monde du travail (le modèle taylorien et fordien a cédé la place à un management participatif), dans la famille (autonomisation du couple, égalisation des rapports entre genres et entre générations notamment, ce qui brouille les rôles et la place de chacun), à l'école (accès croissant de tous mais augmentation des impératif de réussites par exemple)- la pression sociale à l'autonomie exige de l'individu qu'il soit non seulement responsable en tout temps de ses actions mais aussi de ce qui lui arrive (Martuccelli, 2005). Cela nécessite qu'il s'adapte continuellement à des environnements de plus en plus changeants et instables, par la mise à profit de ses capacités personnelles (psychiques, physiques, relationnelles) et de son initiative:

Quel que soit le domaine envisagé (entreprise, école, famille), le monde a changé de règles[...] Maîtrise de soi, souplesse psychique et affective, capacités d'action font que chacun doit s'adapter en permanence à un monde qui perd précisément sa permanence, un monde instable, provisoire, fait de flux et de trajectoires en dents de scie [...] Ces transformations institutionnelles donnent l'impression que chacun, y compris le plus humble et le plus fragile, doit assumer la tâche de tout choisir et de tout décider (Ehrenberg, 1998 : 236)

Dans une société où chacun est contraint de choisir, de décider souverainement de sa vie et d'agir par lui-même, la référence au permis (m'est-il permis de faire telle chose, de poser tel geste?) a cédé le pas au possible (suis-je capable de le faire?). Si la libération psychique, l'émancipation identitaire délestée du poids du social, a sorti l'individu du drame de la culpabilité et de l'obéissance

à des modèles d'identifications qui avaient été forgés par la discipline, elle l'a néanmoins conduit à celui de la responsabilité et de l'action. Ehrenberg constate alors que c'est « la fatigue dépressive qui a pris le pas sur l'angoisse névrotique » (1998 :289). Ce n'est donc pas parce que les individus sont considérés autonomes aujourd'hui qu'ils sont moins soumis à la discipline, mais plutôt parce que l'autonomie a pris la forme d'une nouvelle norme par laquelle l'individu juge les autres et s'évalue lui-même à travers le regard de ceux-ci. L'injonction sociale à devenir soi par soi, n'est pas une délivrance des contraintes sociales. Elle devient de plus en plus problématique pour l'individu au quotidien, notamment dans un contexte où ses anciens supports collectifs se démembrant. Le succès médical et social de la dépression qui se traduit par de la fatigue, un sentiment de ne pas être à la hauteur et un sentiment de vide identitaire chronique (ne jamais être suffisamment soi-même), nous montre par la négative le type que prend l'individualité contemporaine dans la foulée de l'émancipation et de l'action.

Les antidépresseurs ne sont actuellement qu'un aspect d'une généralisation des « techniques de soi » si l'on tient compte des multiples formes de psychothérapies. Ils sont toutefois devenus le choix thérapeutique premier, car ils semblent répondre le plus adéquatement à ces nouvelles exigences sociales qui mettent de l'avant l'autonomie, la responsabilisation et l'initiative. Ces molécules répondent à la fatigue d'être soi (par soi). Dans une société où les « échecs personnels » sont susceptibles de se cumuler dans différentes sphères de la vie, elles agissent là où la capacité d'agir, d'initier l'action est ralentie ou paralysée en raison de la fatigue, du stress, de la douleur morale, de l'incapacité à se concentrer.

Toutefois, si ces molécules offrent un moyen efficace de mettre à distance ses conflits psychiques et de répondre aux exigences de la norme sociale d'autonomie, elles semblent aussi créer en contrepartie de la dépendance. Selon la

plupart des enquêtes épidémiologiques²⁹, les tentatives d'arrêter la prise d'antidépresseurs, que ce soit après une courte ou une longue période, donnent lieu à des rechutes dépressives, parfois sévères et multiples. Même sous médication, souvent couplée à une psychothérapie, les individus tendent à vivre des épisodes récurrents de dépression, ce qui nécessite de leur part des modulations constantes au niveau du dosage. Ainsi, avec les antidépresseurs, il semble qu'on parle moins en termes de guérison, que de soutien ou d'accompagnement sur une longue période.

Dans un monde où le fait d'agir par soi-même est devenu l'élément central de la socialisation et la valeur suprême de l'individualisme de masse, il semblerait qu'on soit confronté au fait concret d'une dépendance aux médicaments. Comment se manifeste ce paradoxe dans l'univers concret de l'expérience personnelle de la dépression ? Comment se fait le passage de la souffrance psychique et de l'insuffisance sociale caractérisant l'expérience dépressive à la dépendance salutaire à l'antidépresseur ? Par quels mécanismes l'individualité contemporaine est-elle devenue le lieu du combat, livré à l'intérieur de soi, au nom de l'injonction d'être soi par soi ? Par l'analyse des discours de six femmes qui ont vécu un épisode de dépression et qui ont eu recours aux antidépresseurs pour la soigner, nous tenterons d'esquisser des réponses à ces questions.

²⁹ Santé Canada. 2003. «Bulletin canadien des effets indésirables», n° 2 (avril), [en ligne]. http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/medeff/bulletin/carn_bcei_v13n2_f.html#ref2 (page consultée le 9 mai 2006).

CHAPITRE III

CHOIX MÉTHODOLOGIQUE

Pour atteindre nos objectifs de recherche, et compte tenu de la construction de notre problématique, nous avons effectué le recueil des données selon une méthodologie qualitative. Des entretiens semi-directifs, structurés autour de nos différentes hypothèses de travail ont été effectués.

3.1 Considérations générales

Notre recherche s'inscrit dans un programme de recherche dirigé par Marcelo Otero, professeur au département de sociologie de l'UQAM, et subventionné par le Fond de recherche de santé du Québec (FRSQ). Ce programme, intitulé « Les nouveaux problèmes de santé mentale et les nouvelles thérapies mentales comme analyseurs des formes normales et pathologiques de l'individualité contemporaine : le cas de la société québécoise », comprenant un axe particulier de recherche sur la dépression et les antidépresseurs. Un des objectifs de cette recherche est d'effectuer entre 2005 et 2007, 60 entretiens de types qualitatifs auprès d'adultes souffrants de dépression. Trois étudiants (dont l'auteur du présent mémoire) ont collaboré à cette recherche³¹. Après avoir construit une méthodologie commune, qui comprend une grille d'entrevue regroupant les intérêts spécifiques de recherche de chacun, nous avons débuté les entretiens en mars 2005.

Ce mémoire s'est effectué à travers différentes étapes. Premièrement, une ~~recension des écrits~~ a été effectuée sur les analyses sociologiques de la dépression, de la maladie mentale plus largement et des pratiques en psychiatrie. À cette étape

³¹ Avec Nicolas Moreau et Pierre-Luc Saint Hilaire, candidats au doctorat de Sociologie à l'UQAM

s'ajoute deuxièmement la réalisation des entretiens. En un troisième temps, la codification des entretiens a été faite. Et finalement, la problématique a été reprécisée en regard du contenu exploré. Comme l'expliquent Marshall et Rossman (1989 :41, cité dans Pirès, A., 1997 :99), la recension des écrits nous a amenée à choisir un ancrage théorique pertinent, ce qui a facilité le processus analytique de nos données :

La recension des écrits [...] aide à formuler une explication, à la fois durant la collecte des données et leur analyse, qui permettra d'éclairer et d'évaluer les données ainsi que d'établir des liens entre les données à différents moments. Au fur et à mesure que progresse la théorisation ancrée, la recension des écrits fournit les construits théoriques, les catégories et les propriétés qui servent à organiser les données et à découvrir de nouveaux liens entre la théorie et le monde réel (1997 :99)

3.2. Méthodologie commune à l'équipe de recherche

Dans cette section, nous allons décrire la méthodologie développée³² dans le cadre du programme de recherche de M. Otero : le choix de la population et du terrain théorique ainsi que l'échantillon pratique. Ces éléments sont importants pour saisir le cadre général de l'étude.

3.2.1 Population visée par la recherche

La catégorie de population initialement choisie était celle des adultes et, plus précisément, celle des sujets âgés entre 20 et 50 ans. Ce groupe a été privilégié pour deux raisons principales. La première était que cette population n'avait été que très peu étudiée, jusqu'à présent, dans sa logique de consommation des antidépresseurs contrairement à celle des personnes âgées ou à celle des enfants (Cohen et Collin, 1997). La seconde raison résidait dans le fait que les adultes constituaient la catégorie de population permettant de rendre compte de certains phénomènes sociaux et comportementaux généraux. En effet, le risque

³² Nicolas Moreau, membre de l'équipe, est le principal auteur de cette méthodologie.

permettant de prendre en compte la population des jeunes et/ou des personnes âgées aurait été de se trouver face à un problème spécifique lié à leurs groupes d'âges (comme, par exemple, l'effritement du réseau social associé au vieillissement) et donc, de ne plus pouvoir saisir des processus sociaux plus généraux. En ce sens, le noyau de la population active constituait le point central pour saisir certaines dynamiques sociales, supposées déterminantes dans notre problématique.

Le choix s'est porté sur des sujets francophones. Cela se justifiait par des raisons méthodologiques et pratiques. Au préalable, il convient de mentionner que les personnes allophones avaient été exclues a priori de l'enquête pour des raisons linguistiques évidentes (il est impossible, aux chercheurs impliqués dans cette recherche, de conduire des entrevues dans une autre langue que l'anglais ou le français). En ce qui concerne la population anglophone, elle aussi a été exclue pour deux raisons principales. La première est qu'il existe une différence culturelle encore très prégnante entre les communautés francophones et anglophones. Il aurait donc fallu constituer deux cohortes distinctes (francophones et anglophones) pour contrôler les biais culturels éventuels, ce qui aurait, d'une part, considérablement élargi le terrain de recherche et, d'autre part, modifié la perspective même de la recherche (le risque de basculer vers une comparaison entre francophones et anglophones sur le thème de la dépression et de la consommation d'antidépresseurs était réel). La seconde raison était que les pertes d'informations auraient peut-être été trop importantes. En effet, dans le cadre d'une entrevue menée en anglais, il y aurait eu deux phases de transcription, à savoir classiquement, celle de l'oral à l'écrit, puis celle supplémentaire de l'écrit anglais à l'écrit français. Le risque d'une perte d'informations, dans le cadre d'une analyse de contenu thématique, n'était pas négligeable. De plus, le temps accordé à ces deux opérations aurait grandement allongé le temps prévu pour la recherche. En conséquence, nous avons choisi de nous concentrer uniquement sur les sujets francophones.

3.2.2 Recrutement des candidats à l'étude

Le terrain d'étude choisi est la région métropolitaine de Montréal. Cela se justifie, pour différents raisons: diversité de profils, nombre très grand de personnes pouvant potentiellement répondre à nos caractéristiques de recrutement, auxquelles s'ajoute le fait que tous les chercheurs y résidaient.

Trois approches de recrutements de la population ont été explorées : les services médicaux (hôpitaux, cliniques, C.L.S.C.³³, etc.), les cabinets de psychologues, les pharmacies. Dans cette étude, il avait été prévu de se servir conjointement de ces trois sources, ce qui permettait, en principe, de minimiser les biais de recrutements liés aux caractéristiques spécifiques éventuelles d'un des bassins de population.

Concernant les services médicaux, nous savions, par exemple, que certains C.L.S.C. comme ceux d'Hochelaga-Maisonneuve, des Faubourgs ou de Côte-des-Neiges possédaient des services psychosociaux et de santé mentale. Nous avons donc prévu entrer en contact avec ces services afin qu'ils puissent proposer aux patients intéressés de participer à notre étude. Des affiches présentant la recherche pouvaient également être déposées dans les salles d'attentes de ces services. Les usagers désirant collaborer à l'étude contacteraient ensuite les chercheurs pour prendre un rendez-vous.

La deuxième approche de recrutement se situait au niveau des cabinets de psychologues. Des affiches pouvaient être diffusées dans les salles d'attentes des cabinets. Les psychologues parleraient également à leurs patients de notre recherche et pourraient leur expliquer de manière plus détaillée le contenu de l'étude afin de les rassurer sur certains aspects de la recherche (anonymat de la recherche, etc.).

³³ Maintenant les CSSS en raison de la Loi 25

La troisième approche de recrutement visait les pharmacies. Ici aussi, la technique des affiches serait utilisée. De plus, le pharmacien pourrait éventuellement proposer directement à chaque patient recevant une prescription d'antidépresseurs de participer à notre étude.

Nous étions conscients que chacune de ces approches prises individuellement possédait des biais éventuels au niveau du recrutement. En effet, on peut penser qu'un patient consultant un psychologue présente un profil différent par rapport à un patient refusant toute prise en charge psychologique conjointe à sa prise d'antidépresseurs. Dans le but de limiter au maximum les biais au niveau du recrutement, nous avons fait le choix de recourir concurremment aux différentes approches. Mentionnons également que le réseau de connaissance du chercheur et de ses collègues pouvait également servir pour recruter des sujets.

3.2.3 Principes menant à l'échantillon pratique

Phase exploratoire

En ce qui concerne la phase exploratoire, nous avons recruté nos candidats à l'entrevue sans critères précis, c'est-à-dire sans se préoccuper du sexe, du milieu socio-économique ou de l'âge de l'interviewé(e). Nous étions, en tant que chercheurs, en train de prendre contact avec le terrain et, dans ce processus premier d'immersion, il ne nous est pas apparu essentiel de procéder de façon systématique à un recrutement spécifique.

Nous avons, dans un premier temps, recruté des candidats par le biais de notre réseau personnel (technique du bouche à oreille). Quatre entrevues ont ainsi été réalisées durant le mois de mars 2005. Après ce premier pré-test, nous avons procédé à certains réajustements du guide d'entretien: l'ordre des questions a été modifié, certaines questions ont été reformulées et d'autres supprimées. En fait, nous avons transformé plusieurs de nos questions afin d'être moins directifs dans

nos entrevues qui, nous semblent-t-il, parfois se rapprochaient davantage d'un questionnaire à questions ouvertes, que d'un entretien semi-directif.

Dans un deuxième temps (avril-juin 2005), puisque nos contacts personnels s'avéraient insuffisants pour poursuivre notre phase exploratoire, nous avons recruté nos candidats par l'intermédiaire des pharmacies. Pour ce faire, nous avons contacté quelques pharmacies des quartiers visés (Mile-end, Plateau Mont-Royal et Villieray). Les pharmaciens, dans l'ensemble, ont été assez réceptifs à notre étude. Notons que régulièrement, nous allions vérifier si les affiches que nous avons posées étaient toujours là et à plusieurs reprises nous avons constaté qu'elles avaient disparu. Nous avons donc pris conscience que dans la phase ultérieure de la recherche, ce problème serait à considérer et que peut-être il nous faudrait penser à une autre technique (par exemple, la distribution de tracts). Un cabinet de psychologues (secteur du Plateau Mont-Royal) a également été approché durant cette même période mais sans succès. Nous avons réalisé cinq entrevues par cette approche de recrutement visant les pharmacies (trois provenant du Plateau Mont-Royal et deux de Villieray). Après discussions et analyses des entrevues, nous avons procédé à la phase proprement dite de récolte de données. Deux autres entrevues ont ensuite été réalisées au cours de la fin de l'été et à l'automne. Ces personnes ont été recrutées dans les réseaux personnels des chercheurs. À cette phase, 11 personnes ont été rencontrées (voir annexe 1 pour les principales caractéristiques sociodémographiques de ces personnes).

Phase effective 1

Pour la phase dite effective, nous avons eu recours à d'autres stratégies de recrutement. La principale fut par le biais des journaux montréalais. Quelques entrevues ont également été effectuées grâce à la technique du bouche à oreille. À cette étape 45 contacts ont été effectués (voir annexe 2 pour les caractéristiques).

Le mardi 10 janvier 06, nous avons contacté trois journaux pour y placer des annonces : le *Journal de Montréal*, la *Presse* ainsi que le journal *Voir*. Deux

journaux sont des quotidiens : le *Journal de Montréal* et *La Presse*; *Le Voir* est un hebdomadaire gratuit distribué le jeudi. Les annonces parues étaient composées comme suit :

DÉPRESSION : équipe universitaire cherche individus 25-60 ans souffrant de dépression et/ou consommant antidépresseurs. Entrevue anonyme. Nous contacter s.v.p.

On a constaté que les femmes ont été plus nombreuses que les hommes (11 versus 2) à nous contacter pour prendre rendez-vous ou pour demander des renseignements. (Voir annexe 3 pour les caractéristiques sociodémographiques des 13 personnes interviewées)

Ainsi notre échantillon commun est composé essentiellement de femmes (84,6 %). Les hommes y sont peu représentés (seulement 2 hommes ont pour l'instant participé à l'étude). La majorité des répondants sont célibataires et n'ont pas d'enfants (61,5 %). Le niveau de scolarité est assez élevé : 23,1 % ont un DEC et 30,8 % possèdent au moins une maîtrise. Plus de la moitié des entrevues ont eu lieu chez la personne interviewée (53,8 %). Les autres entrevues se sont majoritairement déroulées dans les locaux du MEOS³⁴ (30,8 %). Au niveau de l'emploi occupé, on retrouve une mosaïque de situations. Près de 6 personnes sur 13 (46,2 %) occupent un emploi. Parmi celles-ci, un est étudiant (à temps plein) et un autre bénéficie de l'assistance-emploi. Plus de 30 % sont sans emplois (bénéficiant de l'assurance-emploi ou de l'assistance-emploi). La moitié des personnes occupant un emploi travaillent à temps partiel. Pour finir, mentionnons qu'une majorité importante de nos interviewés gagnent moins de 20,000 dollars par an (76,9 %). Notons qu'aucune personne de notre échantillon ne gagne plus de 50, 000 dollars par année.

³⁴ Le groupe de recherche le Médicament comme objet social (MÉOS) est situé à l'Université de Montréal

3.3 Choix de la population pour notre mémoire de maîtrise

En ce qui a trait au présent projet de mémoire, parmi l'échantillon commun aux membres de l'équipe, notre choix de population s'est arrêté sur les femmes adultes âgées entre 20 et 50 ans.

Le fait que notre échantillon de population soit essentiellement composé de femmes (84.6%) peut se justifier par le fait que celles-ci, selon les enquêtes épidémiologiques, constituent le bassin de population le plus touché par la dépression. Elles sont aussi susceptibles d'avoir une dépression environ deux fois plus que les hommes. En effet les dernières données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1999 montrent que la dépression est commune chez les Canadiennes, avec une incidence auto-déclarée de 5,7 % par année, par rapport à 2,9 % chez les hommes³⁴.

Notre choix s'est appuyé sur d'autres considérations méthodologiques. Nous pensons qu'il est plus pertinent de constituer un échantillon le plus homogène possible. À cet égard par ailleurs, un autre critère de sélection a été retenu : seules les femmes faisant partie de la catégorie population active ont été retenues. Ce choix s'explique par le fait que certaines dynamiques sociales supposées déterminantes dans notre problématique, se retrouvent principalement dans la population active.

De plus, nous avons décidé de ne pas tenir compte des entretiens effectués auprès des femmes qui mentionnent avoir fait un séjour en institution psychiatrique. Ce choix s'explique par le fait que le trouble dépressif n'est pas enclin à susciter une telle prise en charge aujourd'hui, sauf s'il est associé à un autre diagnostic plus handicapant, tel que les pathologies liées à la psychose.

³⁴ Canada, agence de Santé publique du Canada. 2003. *Rapport de surveillance de la santé des femmes*, [en ligne]. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/chap_18_f.html (page consultée le 26 mai 2006).

Il faut dire, finalement, que nous n'avons pas choisi d'examiner la question des psychothérapies pour deux raisons principales. Premièrement, étant donné les contraintes que pose le format d'un mémoire de maîtrise, nous avons choisi de limiter la portée de notre analyse. Deuxièmement, toutes les femmes sans exception ont choisi de consommer des antidépresseurs, alors que seulement la moitié d'entre elles combinent ce choix thérapeutique à celui d'une psychothérapie. Troisièmement, cela nous aurait sans doute entraîné dans une analyse comparative et nous aurait éloignées de notre choix premier qui est de saisir les logiques sociologiques propres à l'antidépresseur.

3.3.1 Les personnes interviewées

Notre échantillon est composé de six femmes (Voir l'annexe 4 pour les caractéristiques socio-démographiques de ces six femmes) Un prénom fictif a été attribué à chacune d'entre elles. Il nous semble important, pour saisir les propos de nos analyses, de clarifier quelques repères biographiques de chacune de nos interviewées.

France a 48 ans, est divorcée et a deux enfants. Elle a quitté son emploi suite à sa dépression. Elle est actuellement sans emploi. Elle reçoit des prestations de l'assurance emploi. Elle mentionne avoir eu trois épisodes de dépression dans sa vie : une à l'adolescence, l'autre dans la trentaine et la troisième, en 2005, à 47 ans. Toutefois, c'est uniquement la dernière, en lien avec son travail, qui a été diagnostiquée comme telle et qui a mené à la prise d'antidépresseurs.

Denise a 27 ans. Elle est célibataire, étudiante à la maîtrise, tout en travaillant à l'université. Elle dit avoir fait deux épisodes de dépression : une à son entrée au cégep et l'autre au moment où elle était à l'université. Ce n'est que pour cette dernière qu'elle a reçu un diagnostic de dépression et décidé de prendre des antidépresseurs.

Manon a 53 ans. Elle est mariée et a 2 enfants. Suite à sa dépression, elle a repris le travail à temps partiel comme infirmière dans un hôpital. Son épisode de dépression est survenu lorsqu'elle a été confrontée à plusieurs décès dans sa famille (dans un court laps de temps) et à une surcharge de travail. Depuis, elle consomme des antidépresseurs.

Solange a 32 ans. Elle est célibataire, étudiante au doctorat et travaille à l'université. Elle considère avoir vécu pendant plusieurs années, avec des symptômes de dépression. Toutefois celle-ci s'est déclarée il y a deux ans. C'est à ce moment qu'elle a commencé à prendre des antidépresseurs.

Carole a 50 ans. Elle est célibataire et n'a pas d'enfant. Elle travaille à temps plein. Elle a vécu son premier épisode de dépression après avoir été confrontée à une surcharge de travail. Depuis ce temps, elle prend des antidépresseurs.

Tania a 59 ans. Elle est veuve et a 4 enfants. Elle a quitté son emploi suite à une dépression et reçoit des prestations du Régime des rentes du Québec. Sa dépression s'est déclarée suite à un événement lié au travail. Elle consomme des antidépresseurs depuis ce moment là.

3.4 Les entretiens

L'approche qualitative à travers les entretiens semi-directifs a favorisé l'exploration concrète de nos questionnements. Une difficulté importante a dû être analysée dans l'élaboration de notre approche de recherche: comment être efficace et atteindre les objectifs poursuivis quand on considère la précarité de la population à l'étude? La dépression est une souffrance qui, dans la plupart des cas, alourdit le quotidien des personnes. Parfois, se lever le matin devient, pour certaines personnes, très difficile. Malgré le fait que les personnes ont été recrutées sur une base volontaire, ce vécu particulier pouvait constituer un

obstacle ou un empêchement à la réalisation des entretiens. Cela demandait notamment de la souplesse et de la flexibilité : dans nos déplacements, plusieurs entrevues ont été réalisées au domicile même de la personne; dans la planification du temps, plusieurs personnes annulaient et retéléphonaient plusieurs fois pour réaliser l'entrevue. De plus, des habiletés dans la façon d'être en contact avec ces personnes et de mener les entretiens étaient nécessaires.

Les entretiens sont de type semi-directif. Ils donnent la parole aux individus tout en orientant les questions afin que des dimensions précises soient abordées. Bourdieu, Chamboredon et Passeron ont souligné que « c'est peut-être par malédiction des sciences de l'homme que d'avoir affaire à un objet qui parle » (1968 :56, cité dans Poupart, J ... 1997 :174). Pour notre étude, la parole des individus demeure primordiale. Plusieurs études en psychologie, psychiatrie et médecine sur la dépression ont été réalisées. Peu ou prou en sociologie ont donné la parole aux individus qui la vivent. Par-delà des critères nosographiques qui délimitent le diagnostic de la dépression, la parole des personnes nous donne un accès privilégié au vécu concret d'une telle souffrance. Cela nous permet de proposer des explications sociologiques qui se veulent pertinentes. Toutefois, un des risques est de prendre pour acquis certaines notions construites qui teintent le vocabulaire de ces personnes. Les individus ne peuvent exprimer leur douleur que dans les mots qui existent dans la grammaire sociale. Par exemple, la plupart des personnes interviewées expriment leur vécu dépressif par des notions telles le stress, l'anxiété, la fatigue, etc. Bien qu'elles soient largement utilisées au point de ne pas devoir questionner leur définition, un sociologue doit être conscient que ces objets sont découpés-construits (Pirès, 1997 : 20) par différents savoirs et pratiques à une époque donnée. Nous nous sommes ainsi assurée de bien saisir le sens donné par les interviewées à leurs problématiques, en mettant notamment l'accent sur les manifestations concrètes qu'elles peuvent susciter au quotidien.

Les entretiens de type semi-directifs ont cherché à explorer le vécu des personnes souffrants de dépression suivant deux grands axes : 1) les processus

normatifs et symboliques qui conduisent les adultes à se définir comme dépressifs et à consommer des antidépresseurs 2) le partage des rôles entre les patients et les professionnels de la santé dans le processus de définition de la dépression comme catégorie d'interprétation d'un ensemble de dimensions du dysfonctionnement social, et dans le choix des antidépresseurs comme thérapeutique de choix (voir annexe 5- grille d'entretien)

Les entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu qui nous a permis de dégager les principales dimensions de notre problématique. Afin de faire ressortir nos objectifs et répondre à nos questions de recherche, nous avons construit une grille d'analyse et de catégorisation des données autour de trois principales thématiques : 1) Les causes et/ou événements déclencheurs ainsi que les manifestations de la dépression; 2) les effets des antidépresseurs; 3) l'étape de la guérison. Chacune de ces thématiques a été déclinée en dimensions puis en composantes.

Chaque entretien a été enregistré puis, ensuite, retranscrit intégralement par un tiers. Une consigne de départ, remis à la transcriptrice, précisa les modalités du travail. Une fois l'entretien transcrite, la bande sonore a été détruite pour protéger l'anonymat des répondants; leurs noms n'ont pas été donnés à la transcriptrice. Un prénom fictif été attribué à chaque interviewé.

Nous avons procédé aux analyses thématiques. Cette méthode consiste, dans un premier temps, à regrouper certaines caractéristiques ou thématiques apparues lors de chaque entretien. Le chercheur retient les catégories significatives, puis les articule entre-elles (analyse verticale). Le deuxième temps est celui de la lecture transversale entre les entretiens. Pour effectuer cette analyse de contenu thématique, nous avons utilisé le logiciel d'analyse de données qualitatives NVIVO. Ce logiciel a permis d'effectuer rapidement les explorations systématiques sur l'ensemble du matériel.

CHAPITRE IV

SUR LE CONTINENT DE LA DÉPRESSION : LES TENSIONS ENTRE LE SOI ET LA NORME

Ce chapitre présente les analyses des entretiens effectués auprès de six femmes en dépression et consommant des antidépresseurs. Pour notre étude, la parole des individus demeure primordiale. Plusieurs études en psychologie, psychiatrie et médecine sur la dépression ont été réalisées. Peu ou prou en sociologie ont donné la parole aux individus qui la vivent. Par-delà des critères nosographiques qui délimitent le diagnostic de la dépression, la parole des personnes nous donne un accès privilégié au vécu concret d'une telle souffrance. Nous avons divisé ce chapitre en trois sections : 1) le continent de la dépression; 2) le continent des antidépresseurs; 3 le continent de la chronicité

Il semble important de rappeler que celui qui « tombe en dépression », ce n'est pas sans raison. Il y a des causes, des circonstances, des événements qui expliquent, aux yeux de l'individu souffrant, son état dépressif. Une autre évidence s'impose : les problèmes de santé mentale sont à la fois individuels et sociaux. Les trajectoires individuelles et singulières n'ont de sens que dans des contextes plus larges qui rendent possible, par exemple, le fait que deux individus qui traversent des épreuves différentes recevront un même diagnostic et prendront les mêmes médicaments. Le social normatif (ce qui doit être fait) s'exprime en creux par le singulier souffrant (l'individu incapable de le faire) qui se voit offrir une réponse institutionnalisée, c'est-à-dire sociale, sous forme à la fois de diagnostic et de traitement. Regardons d'abord les figures du singulier, c'est-à-dire cet existentiel encore non atteint par les codes psychologiques et psychiatriques qui réduisent les particularités de l'expérience pour la rendre normalisable. Quelles ont été les circonstances qui ont fait basculer les femmes dans l'univers de la dépression ? Sur quels repères se sont elles appuyées, avant

même de s'appuyer sur l'expertise d'un médecin (ou autre expert de la santé) pour se reconnaître en dépression ? Et comment la dépression s'est-elle manifestée dans leur quotidien ?

4.1 L'événement déclencheur: du singulier au social

Toutes les femmes, sans qu'elles le perçoivent comme la cause de leur dépression, soulignent un événement qui serait venu l'activer. Cet événement est de nature sociale précisément parce qu'il semble, dans tous les cas, être relié à l'autre. À partir de cet événement déclencheur, elles ont perçu qu'elles étaient en écart, d'une manière ou d'une autre, par rapport aux demandes ou aux comportements des autres. Elles nous décrivent ainsi comment elles ont vécu ou perçu cet écart :

Pour Tania, c'est l'incompréhension et la non-reconnaissance de l'autre qui semble avoir été en jeu. Elle sentait qu'elle avait amplement répondu aux exigences, à de nouvelles responsabilités qui lui avaient été confiées à son travail dans un contexte de changement de personnel. Toutefois sa directrice de production a décidé de mettre un terme à ses responsabilités (en tant que chef d'équipe) lorsqu'une nouvelle personne a été engagée et ce, sans avoir reconnu ou avoir mis en valeur tout le travail qu'elle avait fait et dans lequel elle s'était investie « à 100% ». Elle considère qu'elle a été la cible d'une stratégie « insidieuse » de la part de la direction. C'est donc une blessure morale avant tout qui a été le déclencheur de sa dépression :

Au travail, y a eu quelque chose en particulier... Un sentiment de... j'avais un sentiment d'incompréhension immense. Au travail... je veux dire, j'avais y avait eu une période de... de travail intense et j'avais donné du 100%. Et ils ne reconnaissent pas ce que j'avais donné. Là ils m'enlevaient des choses. Et pis... la patronne m'avait pris en grippe...

En fait c'est ça ! l'année d'avant, en 2001, y a eu... le directeur des opérations qui est parti et y a eu une nouvelle qui a pris la place. Elle connaissait le travail... parce que elle était une employée, elle était au

contrôle de qualité. Pis cette personne était enceinte. Elle est partie en congé de maternité. Alors au niveau de la production, j'étais la seule qui savait tout ce qui fonctionnait parce que tous ceux qui normalement se... s'occupaient étaient là, y avait pas personne, sauf moi. Alors, y a beaucoup de choses que j'ai pris sur mes épaules...

Et après ça, lorsque elle est revenue et qu'elle a recommencé à prendre... un peu de... plus de connaissances et tout, et qu'avec le retour de cette technicienne, ça a comme y a eu une espèce de milieu malsain. Pis là, justement, c'est que... quand tu parlais d'éléments déclencheurs. C'est que j'étais responsable. J'étais chef d'équipe à la production ... Et puis... la directrice des opérations a décidé que je n'étais plus la chef d'équipe[...] Pis c'est insidieux de la façon qu'ils le font parce qu'ils sont... Il y en a qui passent maîtres dans l'art de... diminuer les gens de façon insidieuse... Ben, on dirait qu'y ont développé ça eux autres... dans cette compagnie là de faire en sorte que... bon ben là, ils te valorisent quant c'est le temps mais... quand c'est le temps, de te donner un coup de jarnac, ils y vont pas à peu près.

Carole situe l'évènement déclencheur au niveau d'une tension entre deux types de pression. D'une part, une pression « objective », liée à la nécessité de répondre aux exigences de l'entreprise qui lui demandait d'assumer un surplus de responsabilités, tels que de faire les choix les plus rentables avec peu de moyens disponibles ou encore de contrôler une situation sur laquelle il n'y avait pas d'emprise. D'autre part, une pression « subjective », au sens où elle assumait tout, se sentant constamment coupable, nulle, fautive, pas à la hauteur de ce qu'on lui demandait. Elle était stressée et angoissée à l'idée de ne pas être capable d'y arriver:

L'évènement déclencheur c'était le stress au travail... l'accumulation de stress au travail. Aujourd'hui ça l'est beaucoup moins parce que je travaille ici depuis maintenant 17 ans. Alors j'ai donné ma démission trois fois — probablement trois fois en période de dépression Et puis je trouvais qu'y a énormément de stressénormément de stress [...] moi je me retrouvais avec, je devais livrer de la marchandise, je devais livrer des sondages, mais j'avais pas d'employés pour les faire. Et là on me mettait ... la direction mettait une grosse pression comme quoi fallait que je livre la marchandise [...] Et puis mon problème à moi, c'est que je prenais ça sur mes épaules... je prenais tout ça sur mes épaules à moi. J'ai toujours pris la responsabilité de tout.

Alors je prenais cette responsabilité là ... uniquement sur mes épaules à moi sans mettre aucune responsabilité sur mon patron ... okay. Et aussi en me culpabilisant du fait que si j'y arrivais pas, c'est moi qui étais fautive. Alors qu'on peut pas faire des miracles [...] En fait, c'est un manque de contrôle ... un manque de contrôle sur la situation. Le fait d'avoir à gérer quelque chose sur laquelle tu n'as pas de contrôle [...] Une autre personne aurait- si j'aurais eu une bonne santé mentale, j'aurais tout simplement dit à mon patron- Regarde, j'y arrive pas... Point à la ligne. Mais moi ça me rendait malade [...]

J'avais un sentiment de perpétuel de culpabilité à la moindre erreur, ça, c'est quand j'ai eu un poste avec plus de responsabilités Parce qu'autrefois, j'étais comme juste superviseur — je vivais bien ... avec le stress généré par le genre de travail que j'avais à l'époque. Mais quand je suis arrivée ici, j'ai changé de poste — j'avais un salaire qui allait avec aussi. Et là je me suis mise à faire de l'angoisse ... à me dire : je peux pas y arriver, j'y arriverai pas ... Quelle idée ils ont eu de m'engager, dans le fond, je suis nulle je suis pas bonne [...] Je dis pas que c'est de la faute de l'entreprise... Je veux pas donner l'impression comme quoi c'est une entreprise pire que partout ailleurs sur la planète- au contraire, non c'est pas vrai. Mais... c'est moi qui absorbais la pression. J'arrivais pas à faire, à séparer la demande de la réalité.

Quant à Manon, c'est à la fois une blessure morale, le reproche d'un supérieur, et une pression objective, des conditions de travail stressantes lui demandant d'être rigoureuse dans ses tâches tout en en conjuguant plusieurs. Se comparant à certains de ses collègues, elle considère qu'elle n'est pas capable, comme eux, de carburger à l'adrénaline et au stress pour être performante. Le reproche de son supérieur couplé à ce trop plein de stress ont fait en sorte que c'est la goutte qui a fait déborder le vase :

Au travail... j'avais de la difficulté à me concentrer [...]. C'est que bon, c'est sûr que t'es pas bien. Puis ... y survient un événement... un reproche d'un supérieur... ça été comme la goutte qui fait déborder le vase [...] Parce que dans le milieu hospitalier, c'est pas évident. C'est stressant et j'ai de la misère à gérer le stress. Tant que c'est trop stressant [...] Puis c'est sûr que moi, j'ai un travail -c'est ponctuel- c'est-à-dire que... Bon je suis en diététique. Faut... les patients faut qu'y mangent. Faut qu'à 11h00... 11h15, les menus du dîner soient là, que tout soit prêt. Faut qu'à 16h15 les menus pour le souper... C'est pas... Si j'ai pas fini ça... Je vas remettre à demain. Non les patients, faut qu'y mangent. Fait que y a des

fois, t'es obligé de courir et là, le téléphone sonne, et tout, et pis là un moment donné, ça vient que ça en fait beaucoup. Mais j'aime le contact avec le patient. C'est quand ça devient trop en même temps, j'ai un peu de misère [...] Y en a qui carbure à l'adrénaline et qui sont très performants quand y ont le stress pis... mais pas moi.

Pour Solange, c'est un événement de la socialisation courante, l'entrée dans la vie adulte, qui constitue l'élément déclencheur de la dépression. Elle dit avoir pris conscience à un moment donné que malgré le fait qu'elle « faisait déjà sa vie » depuis longtemps, c'est-à-dire en travaillant et en ayant son propre logement, elle sentait qu'elle devait avoir plus de responsabilités, ou du moins faire quelque chose de sa vie :

C'est arrivé ben là, je vais... je vais avoir 35 ans dans un mois... donc... comme c'est arrivée peut-être à la fin de la vingtaine... bon ça faisait longtemps que je vivais plus chez mes parents et tout ça... Mais j'avais quand même une vie. Mais si... si... on veut... en tout cas l'entrée dans l'âge adulte se fait de plus en plus tard... maintenant ... je dirais que même si ça faisait longtemps que j'avais ... mon appartement et que je travaillais et que... je faisais ma vie, je pense que... ça doit être comme ... entre 25-30 ans où les choses se mettent vraiment en place... et tout à coup, on a plus de responsabilités... ou en tout cas, on prend plus conscience ... qu'on devrait en avoir... Ben... je pense que tu dois... tu dois... inconsciemment te demander... ça doit correspondre à un moment où tu dis... Faut que je fasse quelque chose de ma vie.

Enfin, avec France, nous sommes encore dans la thématique de la blessure morale de la part d'un supérieur, mais sous la forme du harcèlement psychologique. Elle dit avoir subi, suite à son congé de maladie, un abus d'autorité de la part sa patronne. En effet, celle-ci aurait profité de son absence pour vider son bureau, la remplacer et lui enlever les tâches qu'elles trouvaient intéressantes. Après avoir fait une plainte pour harcèlement psychologique qui n'a rien donné, les tensions à son travail étaient devenues infernales :

Ma dépression maintenant est en partie à cause de mon travail. J'ai dû faire une plainte pour harcèlement psychologique... auprès de ma boss... J'ai eu un accident de la route... donc j'ai été sur la SAAQ [Société

d'assurance automobile du Québec] pendant un moment mais pendant ce moment-là, ma boss a fait le ménage de mon bureau... elle a profité de mon absence pour vider mon bureau... mettre sa copine à ma place... c'est vraiment comme ça que c'est arrivé- c'est jamais arrivé dans le département ça... [À mon travail avant] je faisais un peu de tout, j'étais comme intermédiaire... mais à la fin, ma boss m'avait enlevé toutes les tâches intéressantes et elle me faisait pitonner toute la journée. Alors je rentrais des données du transport ambulancier ... J'ai dû faire une plainte pour harcèlement psychologique auprès de ma boss... qui n'a rien donné. Et puis vraiment... là c'était infernal.

Si les différents événements déclencheurs demeurent singuliers à chacune des femmes interviewées, ils ont en commun d'être de nature sociale (et non psychique, physique, cérébral, etc.). Ils mettent en tension un rapport à soi et à l'autre : 1) par la difficulté de répondre à différentes exigences normatives (différentes demandes au travail, répondre au stress, performer, s'adapter à un événement de vie, etc.) et l'acceptation de cette difficulté, en tant que faute ou incapacité personnelle; 2) par une blessure morale (harcèlement, non-reconnaissance de l'autre) devant laquelle elles pâtiennent ou elles essaient de résister. Dans tous les cas, le rapport de soi à l'autre (ou à la norme à travers l'autre qui fonctionne normalement) constitue une difficulté, un conflit, un tiraillement, etc. Le rapport à l'autre n'est jamais évoqué en termes positifs. Dans le cas de l'expérience dépressive, l'autre est soit un contre-modèle passif mais insupportable (il est capable de s'adapter aux exigences normatives), soit un marqueur explicite ou actif (il renvoie la cause de l'inadaptation à l'individu lui-même sous forme de reproche, de non reconnaissance, etc.). C'est donc moins l'intensité ou la dimension dramatique de l'événement qui importe mais, d'un point de vue sociologique, l'effet-miroir que ces autres hostiles suscitent en soi.

À travers les récits livrés, les différentes exigences renvoient à la notion d'individu responsable : responsabilité d'être flexible, de s'adapter, de performer, de prendre des initiatives, etc. Les contre-modèles passifs ou les marqueurs actifs amènent la plupart de ces femmes à se reconnaître comme étant responsables de ce qui arrive (objectivement), et de ce qui leur arrive (subjectivement). On peut

dire finalement que le rapport normatif à soi et aux autres (au sens rimbaudien de «soi est un autre») semble de l'ordre d'une tension constante dans laquelle elles ne sont ni tout à fait consentantes ni tout à fait résistantes. Ni complicité, ni héroïsme, seulement une tension de plus en plus insupportable entre le soi singulier, incapable de se conformer, et l'autre, montrant passivement ou activement la normativité qui a cours. Cette tension atteint son point culminant au moment du basculement dans l'univers de la dépression. Dans cet univers, l'évènement déclencheur singulier et la richesse de l'expérience de vie multiforme et unique se réduisent à un nombre discret de manifestations instituées et sans relief : les symptômes.

4.2 Le basculement dans la dépression : les limites du soi social (normal) et la reconnaissance de l'autre (pathologique) en soi

S'il y a un autre normal (celui qui fonctionne passivement ou parfois qui signale activement les dysfonctionnements de ceux ou celles qui n'arrivent pas à le faire), il y a également un autre pathologique, dysfonctionnel, déviant, bref inadapté. Nous ne sommes pas inadapté de n'importe quelle façon, les formes de l'inadaptation sont balisées et de ce fait reconnaissables non seulement par les professionnels du pathologique mais par soi-même. Comment peut-on et quand commence-t-on à reconnaître l'Autre (la maladie, la pathologie) en soi? Toutes les répondantes savent clairement, à un moment précis, que ça ne va plus, qu'elles ont atteint une limite de leur soi normal et que c'est à partir de cette limite qu'elles doivent consulter un expert de la santé. Les personnes interviewées mentionnent avoir vécu pendant longtemps avec des symptômes psychiques et physiques (l'angoisse, le stress et l'insomnie) sans toutefois avoir ressenti la nécessité de demander de l'aide extérieure. Quels ont alors été les critères, sur quels repères se sont-elles appuyées pour juger qu'elles avaient franchi la limite de leur état normal et basculé dans le continent du pathologique, pour se reconnaître dépressive?

Ces critères, tout comme les événements déclencheurs, semblent être différents pour chacune des femmes rencontrées, mais tous débouchent dans le continent de la dépression qui normalise les différences. Les symptômes et les signes de la dépression sont institués socialement et codifiés par les disciplines du pathologique. L'origine et le lieu des dérèglements de l'action et de l'humeur qui caractérisent la dépression sont quant à eux institués socialement et codifiés médicalement et psychologiquement comme dérivant de soi-même. Être soi-même responsable de ce qui arrive et de qui nous arrive se décline de plusieurs manières. Cependant, cela réfère toujours à un défaut ou une incapacité individuelle soit psychique, morale ou physique. Les répondantes ont fait référence à différents univers de représentations pour illustrer leur soi normal et son envers, le soi pathologique.

Le soi élastique versus rigide

Tania mentionne avoir eu, à un certain moment, le sentiment d'avoir cassé. Les critères auxquels elle se réfère, pour illustrer son basculement dans la dépression, semblent renvoyer à des notions du domaine de la psychologie comportementale. Elle fait référence par exemple à sa « capacité psycho-émotive » comme centre de résistance et d'usure interne. La métaphore de l'élastique illustre qu'elle considère son soi normal comme un ressort interne, comme un soi sous-tension qui a la capacité de résister et de s'adapter aux difficultés de la vie. Elle juge qu'elle l'a étiré trop de fois afin de faire face à des épisodes et qu'à un moment donné il a cassé. Elle a alors senti qu'elle ne pouvait plus l'étirer, qu'elle avait atteint le fond :

ça vient ... ça vient un moment donné... c'est à long terme, ça se fait pas du jour au lendemain. Alors à ce moment là, un moment donné, ta capacité psycho-émotive en prend un coup... et pis là tu te ramasses et tu tombes... un moment donné tu te relèves parce que bon, ça fait partie. Mais là, quand... dans le cas ... qui me concerne actuellement, bien précisément, la corde était... l'élastique était vraiment à bout... Et c'est des petits épisodes parce que l'élastique a étiré mais il revient à sa place. Il est pas encore cassé mais tu l'étires encore... beaucoup ... mais wouh, il se replace. Mais là, tu l'étires, mais là il a été étiré ... plusieurs fois aussi. Et là

tu l'étières encore plus. Faque là, il pète. T'as pas... c'est presque clair comme de l'eau de roche. Tu peux pas un moment donné, tu peux pas t'en sortir. Ça arrive, tu casses, point. Pis là, t'as besoin de remonter et là, tu te demandes jusqu'où tu vas... là t'atteint le fond, fait que tu peux pas aller plus bas que ça [...]

Le soi psychosomatique réglé versus dérégulé

Solange, quant à elle, fait plutôt appel à des représentations médicales pour illustrer son basculement dans la dépression. Elle mentionne avoir vécu des périodes d'insomnies, mais que cela lui aurait pris plusieurs années avant de reconnaître qu'elle était malade. C'est à partir du moment où elle a reconnu avoir des symptômes d'angoisse dès le matin, qu'elle dit que tout a dégringolé, qu'elle savait que c'en était trop. Elle avait atteint la limite de son état normal et ne se sentait plus capable de contrôler elle-même ses symptômes. Elle sentait qu'elle faisait possiblement une crise d'anxiété, et se sentait incapable de se rendre à la fin de la journée :

Donc je dirais que ... pis ça, c'est long comme je l'explique [l'insomnie], c'est sur plusieurs années. Et pis tout à coup, un moment donné, quand ça commence à être le matin, ça c'est pas long après que tout dégringole... c'est ça, que je dirais, c'est quelques mois. Je peux pas me rappeler... c'est combien... de mois exactement ... mais c'est peut-être je sais pas si c'est six mois où là, quand tu commences à être angoissée... en te réveillant ... tous ces ... ces symptômes là ... je dirais que c'est quelques mois avant d'aller... consulter ... c'est ça qu'un moment donné. Fait que c'est trop [...]

Ce qui fait que le premier moment où tu dis là ... je serai pas capable... je sais pas si c'était une crise d'anxiété ou... parce que je sais pas trop à quoi ça ressemble. Mais... un moment où j'étais comme... où je me disais je sais pas comment je faire pour me rendre à la fin de la journée [...]

Le soi gestionnaire versus émotif

Manon parle d'un soi normal capable de gérer des émotions. Elle mentionne avoir vécu plusieurs décès et tensions dans sa famille dans un certain laps de temps. Selon elle, la dépression est peut-être arrivée graduellement à force d'avoir des émotions en lien à ces événements. Mais le point de basculement dans la dépression est arrivé lorsqu'elle a senti qu'elle n'avait plus la capacité de gérer

par elle-même ses émotions, qu'elle pleurait souvent, qu'elle n'avait plus la capacité de se concentrer :

Je pense que c'est probablement venu... graduellement... à force d'avoir... des émotions. Disons ... que... mon frère est décédé en '92 ... à l'âge de 42 ans il s'est suicidé. En '93, mon père est décédé. En '95, ma sœur ... j'étais très très proche d'elle... un an plus jeune que moi, est décédée d'un cancer du poumon 42 ans aussi. Entre-temps, j'avais un adolescent... qui... nous menait la vie dure. Fait que ... ça fait beaucoup d'émotions à gérer puis un moment donné, ça a craqué... À l'été ... en juillet '96, là... même avant ça, au travail, j'étais ... j'avais de la difficulté j'avais de la difficulté à me concentrer... Je pleurais souvent chez moi ... Fait que ... là, en '96 ... j'étais au travail et là, ça a vraiment craqué. Pis... là, j'ai décidé ... j'ai demandé un rendez-vous pour rencontrer mon ... mon médecin

Le soi uni versus clivé

Pour France, son soi normal est indivis. Elle mentionne avoir vécue plusieurs épisodes dépressives dans sa vie. Pour elle, le point de basculement dans la dépression se traduit à chaque fois par le sentiment de ne plus être unie : elle se sent coupée en deux, et considère qu'il y a une partie qui devient incapable d'aider l'autre, au point de ne plus être capable de fonctionner par elle-même entièrement :

C'est une sensation... c'est infernal. Tu te vois aller... c'est comme si t'es partagée en deux... tu vois pas ...tu feels pas... pis l'autre partie s'aperçoit que tu vas mais... l'autre partie est pas capable d'aider. J'avais aucun moyen de m'aider. Je n'arrivais pas à... fonctionner... Et c'est là que je me suis aperçue que je coulais... je coulais... fallait faire quelque chose... c'est moi qui est allée demander à mon médecin.

Le soi clivé et géré versus clivé ingérable

Finalement, Denise illustre son soi normal comme étant partagé entre le privé et le public, ou entre le semblant et le vrai. Son soi public, elle le considère comme un masque qui est capable de performer, d'être avec les autres, de sourire, etc., bref d'avoir l'air fonctionnelle, tandis que dès qu'elle se retrouve seule ou

dans la sphère privée de sa famille, elle considère qu'elle n'est plus obligée de faire semblant. Si elle avait toujours été capable de faire les deux, elle mentionne qu'à un moment donné son masque, son soi public, est devenu trop lourd à porter, qu'elle n'était plus capable de jouer son rôle social:

B'en je pense que quand j'étais plus jeune, ... j'étais bonne pour porter un masque... c'était vraiment ça... C'était que... quand j'étais en public, j'étais capable de ... mettre un masque et de sourire... d'avoir l'air fonctionnel... et de performer à l'école ... pis de voir mes amies et tout ça. Mais dès que je me retrouvais... comme ... chez moi, seule, avec mes parents, là j'étais comme plus capable de porter de masque... et en même j'étais comme plus obligée de faire semblant... devant un autre. J'étais vraiment capable de faire comme les deux.

...mais c'est ça, ça a été comme vraiment progressif que... au fil du temps, que ça devenait de plus en plus difficile de faire semblant... jusqu'à y a trois ans que là, j'étais... c'est ça... j'étais comme plus capable... C'était vraiment... j'étais plus capable... ...Je pourrais moi-même... je pourrais pas dire... qu'est-ce qui est arrivé pour que je devienne comme plus du tout fonctionnelle ... Mais c'est ça – j'étais plus capable... ça devenait comme... trop lourd à porter et trop difficile à faire semblant.

Comme on a pu le voir les histoires de ces femmes se résument à une question d'émotions, de compétences sociales, de dérèglements psychosomatiques, ou bien les trois à la fois : le soi est « psycho-émotivement » trop rigide et risque par conséquent de s'user voire de se casser, à force d'émotions. Auparavant celles-ci se résorbaient dans le va-et-vient de l'existence, entre bonheurs et malheurs, d'intensité différente. Le soi psychosomatique est dérégulé et le corps et l'esprit risquent de s'abîmer entre les angoisses et les symptômes physiques. Le soi gestionnaire devient trop émotif pour métaboliser les épreuves du travail et de la vie privée. Le soi autrefois uni, en harmonie avec soi-même, se découvre un autre étranger et ingouvernable sans pour autant cesser d'être soi. Le soi harmonieusement clivé ne parvient plus à gérer le clivage qui devient à son tour étranger et insupportable. On pourrait ainsi recombinaison de multiples manières ces soi qui se chevauchent dans l'insuffisance émotive, sociale, physique ou psychique, ou dans leur difficulté commune, peu importe les

mots pour le dire, à être ou à continuer d'être soi. Moins tragique et plus modeste aujourd'hui, le soi n'est plus tant le résultat d'une déchirure irrémédiable entre deux forces qui s'opposent, qu'une ambivalence vécue entre deux aspirations (singulière et sociale) instituées. Devant cette exigence à être soi par soi dans le social (collectif), l'insuffisance d'y parvenir devient une conséquence quasi anthropologique de ce qu'on entend aujourd'hui par individu, car elle est un véritable contre-sens sociologique: l'individu ne peut être soi par soi, il ne peut l'être que par les autres. Cette insuffisance, bien que constitutive de l'individualité contemporaine, alimente systématiquement le continent de la dépression: du vague malaise existentiel ou identitaire à la panne de l'action.

4.3 À l'intérieur du continent dépression : action dérégulée et déficit d'énergie

Les répondantes décrivent leur expérience de dépression de manière assez simple. Elles en parlent comme un dérèglement de l'action et/ou une perte d'énergie globale qui freine leur capacité à être fonctionnelle, c'est-à-dire de veiller à accomplir les tâches quotidiennes, telles que d'aller travailler, se laver ou manger. Elles décrivent leur malaise comme des déficits ou des excès ou carrément des pannes d'énergie: un sommeil excessif, hyperactivité, perte d'intérêts et d'appétit, incapacité de se concentrer ou de prendre des décisions, etc. Rien ne va plus, ou du moins, tout se passe au ralenti ou de manière inadéquate. Le corps et l'action semblent difficiles à gouverner dans le sens des exigences normatives minimales et l'énergie semble difficile à trouver. Entre inadaptation comportementale et épuisement énergétique se dessine un espace du pathologique qui englouti: d'une part, une multitude de dérèglements, déviances et écarts normatifs et, d'autre part, une constellation de symptômes somatiques dérangeant le fonctionnement ordinaire de l'organisme (sommeil, appétit, sexualité, etc.).

Pour Tania, c'est l'idée de corps en panne qui semble le mieux décrire son expérience de dépression. Celle-ci s'est manifestée par un épuisement général qu'elle reliait à son travail. Se sentant physiquement incapable d'y être, elle a

alors décidé de se mettre en arrêt de travail. Dès la première semaine de ce temps d'arrêt, elle s'est mise à dormir excessivement. Elle se sentait incapable de rien faire, que ce soit conduire, se rendre à la salle de bain, manger, etc. :

Y avait un épuisement général... Y avait un épuisement général ... mais je savais que y avait je savais qu'y avait un lien entre... entre ... mon... entre le travail au travail, parce que là, j'étais plus capable de ... d'être.. physiquement, j'étais plus capable... d'être au travail[...]

Pis là je dormais... Quand j'avais été j'étais en arrêt. Je dormais de 18 18 heures par jour je mangeais presque pas. J'avais perdu du poids. Je dormais ... je dormais je dormais. J'étais trop à bout. Je voulais voir personne. Pendant un mois... de temps, j'ai pas été capable... de conduire la voiture. J'étais pas capable de rien faire. Juste me lever pour aller à la salle de bain, c'était... pénible.

Pour Denise, la dépression s'est manifestée de façon similaire que pour Tania, sans toutefois que son corps tombe entièrement en panne. En effet, elle a été capable de continuer à travailler, en consacrant le peu d'énergie qui lui restait. Mais dans son temps hors-travail, elle a dû, tout comme Manon, dormir davantage qu'à l'habitude pour récupérer cet investissement d'énergie. Elle avait le sentiment, en fin de compte, qu'elle ne fonctionnait que pour le travail et, qu'en dehors de cela, elle n'était comme pas là, elle faisait acte de présence :

Je dormais....beaucoup...mais dormir!j'étais dans mon lit. Ouais c'est ça- y avait ça que je dormais... vraiment je me levais comme pour aller travailler...pour aller à la salle de bain pis juste pour faire...acte de présence aux repas pour...juste avoir l'air de manger quelque chose... mais c'est sûr que j'avais pas d'appétit. J'ai perdue probablement une dizaine de livre [...] Pis j'étais juste comme pas là...

Solange fait référence à un corps malade, avec des maux de tête, d'estomac, etc. Elle avait le sentiment qu'elle « traînait une grosse maladie », ce qui la rendait incapable de mener à bien son travail. De plus, on peut dire qu'elle fait référence à une panne cognitive. Ayant perdue toute son énergie, cela semblait l'affecter dans sa capacité à prendre des décisions mineures, au point de

la paralyser et de l'entraîner dans une sorte de spirale : son manque d'énergie affectait sa capacité d'agir et, plus elle était incapable de faire des choses, plus elle angoissait à l'idée de ne pas être capable de les faire :

Je pouvais presque plus rien manger parce que j'avais... des maux d'estomac donc ça, c'est beaucoup... T'es malade! T'as toujours quelque chose... T'as mal au cœur... T'as mal à la tête ... T'as mal à l'estomac ... C'est comme si perpétuellement tu traînais une grosse maladie ... mais... perpétuellement, t'allais pas bien assez pour pas faire ton travail [...]

Pis aucune énergie aucune énergie... Et puis incapacité de prendre des décisions... même les plus anodines... est-ce que je vais ou non acheter maintenant... une pinte de lait? Ça devient... quand est-ce que ce serait le meilleur moment d'y aller? Bon ... Mettre des chaussures et dire Là, c'est là que je vas au dépanneur ... Pis finalement, dire Non finalement c'est pas un bon moment ... Fait que... de pas faire le geste [...]

Et une grande partie de l'angoisse vient... du fait que t'es pas... capable de faire les choses et t'as peur de pas être capable de les faire. Alors comme que t'as tout à coup plus d'énergie ... t'es pas capable de faire les choses... [...] Tu te vois tellement incapable de faire les choses... que là mais t'es beaucoup plus dans l'angoisse... de pas être capable de faire les choses parce que tu sais de toute façon que tu seras pas capable... Mais t'essaie de t'encourager sur le fait que tu vas être capable demain- que demain, tu vas faire telle affaire. Ben là ça alimente l'angoisse... parce que ça prouve que t'es pas capable de faire les choses.

Manon, contrairement aux autres, parle en termes d'excès. Plutôt qu'une panne ou un ralentissement de l'action, elle parle d'hyperactivité. Elle n'arrivait plus à se concentrer, se sentait comme « un lion en cage », étouffée, incapable de s'arrêter de bouger. Au bout du compte, elle « ne faisait pas grand'chose » de ses journées à part d'essayer d'évacuer ce trop plein en bougeant ou en marchant :

Quand j'étais en dépression, c'était... j'étais pas capable de me concentrer, j'étais pas capable de lire. Quand je te dis-là mettons, faut que je me calme. Là je m'assoiais. Mais ça faisait- je m'assoiais... je me relevais-je marchais. Mais en fin de compte je ne faisais pas grand'chose à part que de... que de me lever, de marcher, d'aller dehors de la maison, j'étouffais. J'étais un lion en cage qui... qui tourne... qui... c'était ça. J'étais pas capable de m'arrêter.

France se sentait comme un zombie, non seulement dépourvu d'énergie- comme un corps qui se traîne, incapable d'être fonctionnelle, c'est-à-dire de se laver ou de manger le matin- mais aussi dépourvu d'intérêts ou de volonté pour quoi que ce soit :

T'es comme un Zombie... tu te traînes... t'es là... tu te traînes... Tu traînes les pantoufles [...] quand je me levais ...je me levais et je traînais... Pourquoi je me lève? J'ai rien à faire... Je sais pas ...je me lève... faut se lever... C'était comme ...Combien de fois... J'ai brûlé trois casseroles en deux semaines... parce que je mettais quelque chose sur le feu et j'oubliais[...] T'en à rien à foutre de ce qui se passe autour de toi... T'es là... La télévision est allumée mais elle serait pas allumée et ça serait pareil[...] Quand tu te lèves et tu vois la vaisselle, tu dis- faut que je fasse ma vaisselle ...là tu fais ta vaisselle... [Être fonctionnelle] c'est être normale ...ç'est... te laver... le matin... La première chose... Tu te lèves le matin et tu déjeunes et tu te laves. Mais ça a l'air de rien mais écoute... mais quand t'es en dépression, juste le fait... de... te laver, ça te demande énormément [...] Parce que quelqu'un me dirait-Franchement, te laver... on a tout ce qui te faut ...savon, de l'eau ...mais c'est pas évident. Moi ça me demandait une énergieincroyable de me mettre sous la douche...j'étais rendue là...

Les métaphores énergétique et mécanique, sommes toutes succinctes et sans relief, réduisent la floraison de nuances de l'expérience particulière de chacune des personnes dépressives. Où est passé le singulier, l'expérience concrète ? Les déclencheurs divers conduisent-ils au même port du pathologique ? Comment peut-on parler inlassablement de soi-même pour, en bout de ligne, dire, éprouver, ressentir, pâtir comme les autres ? Qu'est-ce qu'être soi-même alors ? L'autre normal et l'autre pathologique renvoient au soi singulier un constat évident et paradoxal : si individualisme il y a, il s'agit d'un individualisme de masse. Ce phénomène explique, du moins en partie, que le traitement de choix pour les problèmes de l'individualité (d'un soi singulier insuffisant) soit un médicament de masse et massif : les antidépresseurs.

4.4 Sur le continent des antidépresseurs : les tensions entre le «corps soi-même» et le «corps étranger»

Une fois sur le continent de la dépression, s'en suit dans tous les cas et sans exception le traitement pharmacologique associé à la dépression, l'antidépresseur. Quelle place réserve-t-on à ce corps étranger qu'on intègre dans le corps singulier ? Peut-on l'assimiler tout bonnement en soi ? Peut-on être un observateur impartial et s'en distancier pour le considérer comme une possession, un outil distinct de soi ? Cela nous permet de revisiter un thème séculaire : où commence et où finit le corps ? Où commence et où finit l'esprit ? Peuvent-ils être séparés et selon quels critères ? Entre dualisme et monisme, les femmes interviewées décrivent comment elles perçoivent l'action de ce corps étranger dans leur propre corps et la place qu'elles lui ont réservée.

4.4.1 L'action des antidépresseurs sur l'action dérégulée

De manière générale, on peut constater que pour les femmes interviewées les antidépresseurs agissent de manière orthopédique, en corrigeant presque machinalement tous les défauts ou les excès de l'action/l'énergie dérégulée, ceux qui ont été identifiés précédemment comme symptômes de la dépression. Ces mécanismes réparateurs du « corps machine » ont permis, dans un second temps, d'atteindre le « corps organisme » (mental) en stabilisant les émotions, la concentration, les idées, etc. Cette stabilisation a donné la possibilité à certaines d'entre elles de suivre une psychothérapie en s'engageant dans une démarche, en quelque sorte, d'esprit à esprit.

Par exemple, pour Manon, l'antidépresseur a diminué son hyperactivité, en la calmant, pour ensuite lui permettre de se concentrer un peu plus. Elle constate que si le médicament l'a apaisée, il ne lui a pas enlevé son dynamisme, qu'elle conçoit comme un trait de sa personne :

La sorte d'antidépresseurs qu'elle m'a donnée, c'était pour essayer de me calmer [...] Mais là, après ça, j'ai comme... commencé à être capable de

rester un peu plus... assise. Pis... à essayer d'être capable un petit peu de... me concentrer [...] je sais qu'y a plusieurs sortes d'antidépresseurs mais on m'a dit que ça dépend du... .. comme du type ... de dépression... ou comment tu réagis. Y en a qui ... contrairement à moi vont rester couchés, qui... moi c'était le contraire — fallait que — j'étais hyper active. Fait que y me donneront pas la même sorte de médication ... Probablement qu'y a un médicament qui va être peut-être plus stimulant et peut-être que le mien est peut-être plus... .. un effet plus apaisant [...] C'est sûr que ça m'a... par rapport à quand je tenais pas en place, que ça m'a ... ça m'a calmée. Mais... pas pour m'enlever, pour enlever mon dynamisme... le fait que je sois une personne ... qui aime faire des choses et qui aime que ça bouge, là. Ça, ça continue, ça.

Solange quant à elle constate que la première chose sur laquelle l'antidépresseur agit est l'énergie. Elle considère aussi qu'il a corrigé les symptômes physiques, et gelé son trop plein d'émotions, ce qui lui a permis, dit-elle, d'entreprendre une psychothérapie (moins longue):

Je dirais que je pense que la première chose sur laquelle ça agissait c'est l'énergie. Que tout à coup, j'avais beaucoup plus d'énergie. Faut dire que je dormais beaucoup mieux aussi mais je pense que la perte d'énergie est pas juste... liée au fait de pas dormir. C'était me semble sur l'énergie que ça agit... en premier lieu[...] l'énergie revient et puis une espèce de désensibilisation je pense qu'on peut dire aussi... pas d'émotions... t'en as plein d'émotions... mais elles sont un petit peu gelées. Pis ça... je pense que c'est ça qui me permet en tous cas pour moi... je dirais que c'est ce qui permet de suivre une thérapie. Moi je l'expliquerais comme ça. C'est comme pour moi l'avantage de l'antidépresseur... c'est comme... c'est ça qui... pour moi, c'est ça qui te permet de faire la thérapie. Je sais pas si j'aurais été capable de faire la thérapie si j'avais pas pris des antidépresseurs... Ou c'aurait été peut-être b'en... beaucoup beaucoup plus long [...] Moi j'associe le... .. vraiment la... .. l'antidépresseur à tout ce qui est ... manifestation physique ... Mais je peux me tromper – mais c'est comme ça que je le perçois... c'est vraiment comme ça que je le perçois... ce qui était physique dans ma dans mes symptômes ... ça corrige les symptômes physiques.

L'antidépresseur a permis à Denise d'aller un peu mieux, d'être plus fonctionnelle, en régulant avant toute chose son sommeil, en lui permettant de s'éloigner du désespoir (qu'elle associait notamment au fait de passer tout son

temps dans son lit et de ne rien vouloir faire d'autre). Plutôt que de continuer à tourner en rond dans sa tête, les médicaments lui ont aussi permis de suivre une thérapie :

C'est vraiment ... comme ... à ce moment là que ça a commencé à aller mieux, que j'ai commencé à être plus ... plus fonctionnelle d'une part, c'est-à-dire pas dormir 16 heures par jour puis commencer à me sentir un peu mieux... pis un peu moins dans le désespoir total[...] Parce que même quand je commençais à aller voir [ma thérapeute]... comme cette thérapeute là avant de commencer à prendre les médicaments, c'était ... ça tournait en rond vraiment ... parce que c'était vraiment juste... - J'ai pas envie de vivre, là... je veux ... rien faire. Je passe... tout mon temps dans mon lit et une fois que j'ai commencé à prendre mes médicaments... que j'ai plus été capable de commencer à parler de tout ça.

En résumé, on peut dire que l'incorporation de ce corps étranger que sont les antidépresseurs ne présente, à ce stade-ci, aucune hostilité ou agression marquée. S'il semble être décrit comme une structure objective extérieure à soi, il a des effets sur une diversité d'actes. Il peut ralentir l'activité sans altérer le dynamisme de la personne tout en facilitant la concentration (Manon). Il peut énergiser tout en désensibilisant certaines émotions nuisibles aux fonctions vitales du corps (Solange). Il peut remettre sur pied la personne, redémarrer l'action tout en laissant ouvert le champ de possibilités à l'esprit qui n'est pas atteint. L'interface corps-esprit est vite simplifiée par l'action spécifique de l'antidépresseur : il redonne la possibilité physique (corps réparé) d'entreprendre quelque chose d'autre au niveau de l'esprit. Il n'y a pas lieu de parler, du moins en ce qui concerne notre échantillon, de la « pilule du bonheur ». Personne ici n'est dupe : si l'énergie est ressourcée et l'action rétablie, le travail de l'esprit ne semble pas encore atteint et les antidépresseurs ne semblent pas non plus s'y attaquer. Quant au travail relationnel, voire social, on peut penser qu'il se fait plus discret entre d'une part, le travail réparateur du corps par la médication et, d'autre part, le travail de l'esprit à venir, à travers, parfois, une psychothérapie. Le travail social ne semble pas avoir sa place, car ce dont il s'agit c'est d'être soi-même par

soi-même, ce qui constitue une impossibilité sociologique. Mais où commence et où finit ce soi-même ? L'antidépresseur en fait-il partie ?

4.4.2 Rejet du « corps étranger » pour n'être que soi-même

S'il semble clair que la démarche d'être soi-même par soi-même exclut d'emblée les autres individus, qu'en est-il de la chose, des autres « non-individus » ? Quel est le statut des antidépresseurs dans l'accomplissement des injonctions de l'individualité contemporaine ? Est-il légitime d'y avoir recours pour devenir autonome, voire pour fonctionner ? Dans le domaine de l'intervention en toxicomanie, la question ne se pose pas : il s'agit d'une dépendance qui nuit à l'action du sujet, c'est-à-dire une dépendance « négative ». Toutefois, tel qu'on l'a vu précédemment, le recours aux antidépresseurs rend possible (en la restaurant, l'adaptant, l'énergisant) l'action du sujet. L'autonomie peut-elle accepter des « prothèses » sans trahir son essence ? S'agit-il cette fois-ci d'une dépendance « positive » ? Peut-on qualifier les dépendances comme on le fait socialement avec un « *workaholic* » (bonne dépendance) et un alcoolique (mauvaise dépendance). Laissons les interviewées nous éclairer sur la question ? Comment intègre-t-on en soi cet autre (corps étranger) qui nous renvoie à la fois l'image de notre propre insuffisance (à être soi comme l'autre normal ou fonctionnel) et celle de notre capacité à être autre (que soi-même) ? Bien que toutes les femmes aient volontairement consenti à consommer des antidépresseurs, elles ont par la suite manifesté certaines résistances à l'idée de les prendre. Ces résistances ont mené à l'arrêt temporaire de leur traitement. Ces moments de résistances et d'arrêt coïncident avec ceux où elles reconnaissent aller beaucoup mieux et être assez autonome pour ne plus dépendre de tels médicaments. D'où viennent alors ces résistances ? Sont-elles idéologiques (on me demande d'être moi-même), culturelles (il m'est insupportable d'apaiser ma souffrance artificiellement), ou encore émancipatrices (rejet de la dépendance à une substance) ? Ou plutôt tout cela à la fois ?

Denise, par exemple, a décidé d'arrêter de prendre ses antidépresseurs après une période de deux mois. Elle se sentait mieux, se convaincant, à travers une intense lutte, qu'elle n'en n'avait pas besoin, qu'elle pouvait s'en sortir seule :

J'ai commencé à les prendre et puis quelques semaines après, j'ai comme je suis retournée un peu...une espèce de ...j'imagine peut-être...ils commençaient à faire effet [...] je les ai pris pendant peut-être comme deux moi...pis j'ai arrêté [...] là j'ai fait comme J'ai pas besoin de médicaments...Je vais m'en sortir seule. Je suis capable...je suis bonne. J'ai pas besoin de médicaments. Et puis donc...j'ai arrêté de les prendre [...] Puis ... donc là, j'ai arrêté ça en me disant –Okay... bon ... que je me sorte de là moi-même... c'est comme une lutte... intérieure [...] Puis y a aussi que y a certaines personnes que je sens qu'y a comme un peu de jugement... c'est comme... prendre des médicaments ...qu'est-ce que ça te fait? T'es pas capable de prendre tes responsabilités... donc... y a un peu de ça aussi.

Carole mentionne avoir voulu prendre des antidépresseurs parce qu'elle se sentait tellement souffrante et ce, malgré le fait qu'elle a toujours été contre la médication, surtout pour une dépression. Elle croyait qu'avec un minimum de volonté et de temps, on pouvait se guérir soi-même. Lorsqu'elle commençait à se sentir mieux, elle dit avoir rapidement eu le désir d'arrêter son traitement, jusqu'à finir par le faire:

Moi, dans ma tête, j'avais toujours été contre la médication pour ... des antidépresseurs ... pas la médication pour la maladie mentale Mais j'étais convaincue que la dépression, on avait juste à se botter le derrière et ça se soignait – ou qu'on allait faire une thérapie et que ça se soignait ... que le temps guérissait ça[...] Parce que...pour moi, c'était un signe de faiblesse. C'était comme si j'étais poche...

Et puis, là, j'ai eu de la médication pis rapidement, j'ai voulu m'en défaire. [...] La première fois ça été de me dire- Merde, ah non- pas des médicaments [...] C'est un peu dans cet esprit là mais d'un autre côté, je me suis dit-Bon si ça peut me calmer les nerfs. J'espérais...j'étais tellement souffrante...je souffrais tellement que j'étais prête à essayer n'importe quoi...quand même... de médecine traditionnelle. Je suis pas du genre ésotérique ou ...nouvelâgiste. Pis là ça commençait à aller mieux, pis là tout ce que je voulais, moi c'était de m'en défaire [...] parce que un moment donné, je me suis dit — Ça va beaucoup mieux, je vais arrêter

[...] Je me disais-là ça va mieux... je suis correcte [...] J'aurais été prête à m'en défaire tout de suite... Et elle [ma médecin] m'a dit on va y aller tranquillement. Alors dans à peu près un an, en accord avec mon médecin, on a commencé à réduire de beaucoup la médication ... jusqu'à l'arrêter.

Manon affirme qu'elle est contre les médicaments, même si, dit-elle, ce jugement ne s'adresserait pas aux autres mais uniquement à elle. Même si les antidépresseurs lui faisaient du bien, elle ne semblait pas accepter le fait d'être incapable de vivre sans, d'être obligée finalement d'en consommer. Cela lui occasionnait de la honte et le sentiment d'avoir une « ombre » :

Je suis une personne qui est contre les médicaments... je ne prends pas de médicaments... à part les antidépresseurs. Je voulais... .. comme j'aime pas les médicaments, b'en là, quand j'étais très suivie, un moment donné, je disais ... Oui, ça allait bien... mais j'avais comme hâte d'arrêter de prendre ça – pour moi, c'était... .. un peu comme une faiblesse, une honte de prendre des antidépresseurs[...] Je voulais tellement ... arrêter d'en prendre... Parce que c'était comme l'ombre. C'était... C'est bizarre... parce que... quelqu'un ... j'apprends que quelqu'un prend des antidépresseurs... je porte pas de jugement ... ça me dérange pas. Mais ... Pour les autres, c'est pas grave. Mais c'est comme si pour moi, c'est... c'était pas... Non ... je l'acceptais pas ... que je sois obligée de prendre des antidépresseurs. Je... C'est... C'était vraiment comme une honte [...] en fin de compte, j'en ai pris pendant 16 mois en diminuant tranquillement – parce que j'étais très suivie – mon médecin... m'a fait diminuer vraiment de façon progressive pour en venir à ne plus en prendre.

Tania considère aussi que les antidépresseurs et la dépression sont synonymes d'être faible. Quelqu'un qui est obligé de consommer des pilules est incapable de passer à travers une épreuve, de manière autonome. Ce jugement, bien qu'elle reconnaisse qu'il ne soit pas nécessairement fondé, a fini par avoir une influence sur elle, sur sa manière de se voir :

J'ai essayé — j'ai essayé [d'arrêter mes antidépresseurs] [...] Quand ça t'arrive en pleine face, t'es comme déboussolée — parce que tu dis — B'en voyons! Parce que t'as l'impression d'avoir un signe de faiblesse! Parce que la dépression égale signe de faiblesse! Ça veut dire que t'es faible! Même si tu l'es pas — ton subconscient l'enregistre! Et

après ça, t'as de la misère à te considérer comme pouvant être fort. On dirait que t'as tendance à ... trouver ... à avoir un sentiment de faiblesse... qui perdure. [Et être] faible, c'est de dire que... quelqu'un qui est pas capable d'endurer ou qui est pas capable de... passer à travers d'un mauvais pas... Y faut que... elle se bourre de pilules!

France a aussi arrêté de prendre ses médicaments lorsqu'elle se sentait mieux. Elle était tellement en forme qu'elle avait réussi à suivre des cours à l'université, chose qu'elle ne s'était jamais crû capable de faire par le passé. L'arrêt des médicaments lui prouvait, en quelque sorte, qu'elle était capable de vivre de manière autonome, et que cela ne tenait qu'à elle et ne provenait pas du médicament:

Moi j'allais bien. Fait que...je m'étais inscrit à l'université...écoute, moi qui ai jamais étudié, j'ai réussi...à être inscrite à l'université et à être acceptée...à suivre des cours...moi, j'en revenais pas! J'étais très en forme [...] Le problème, c'est que j'ai arrêté les médicaments parce que j'allais très bien...

De l'ensemble de ces récits on peut dire que pour être, pour redevenir autonome (voire fonctionnel par soi-même) rapidement, les antidépresseurs se présentent comme la solution la plus adéquate. À l'inverse de la psychothérapie, qui vise avant tout la part intime de l'individu, son esprit, et qui requiert souvent un investissement d'énergie (que le dépressif n'a pas) et de temps (qu'on ne peut pas tous se permettre d'avoir), les antidépresseurs restaurent la capacité d'agir et permettent aux individus de reprendre rapidement leurs activités et relations sociales. Il s'agit, avant tout, de répondre à des impératifs que la vie en société nous impose : réintégrer sans trop d'obstacles le travail, ou tout simplement offrir un moment de répit aux personnes qui nous entourent (amis, famille, collègues), celles qui tentent de nous aider et de nous soutenir. La dépression vient brusquement nous rappeler les difficultés d'être avec et sans les autres, ne serait-ce que de maintenir la « bonne distance » face à autrui, même dans les moments les plus vulnérables. Cette exigence s'impose clairement aujourd'hui puisque tout indique qu'il faut être capable, dans toute situation et environnement possible, de

se « tenir de l'intérieur » (Martuccelli, 2002). Les antidépresseurs se présentent comme une dépendance socialement prescrite. Ils permettent à certaines personnes de mieux s'adapter aux impératifs et aléas du quotidien, mais aussi de ne pas surcharger les autres dans ce même quotidien par le poids de leur individualité souffrante et contre-productive. Il s'agit d'un paradoxe important, un de plus de l'individualité contemporaine : pour être autonome, il faut être dépendant. Mais n'est-ce pas là une métaphore pour dire que l'individu est forcément social ? Un rappel, par le détour inattendu du recours institutionnalisé à la psychopharmacologie, du contre-sens sociologique d'être soi-même par soi-même ?

Si contre-sens sociologique il y a, la prise d'antidépresseurs semble être vécue, comme en témoigne le discours de ces femmes, sur le mode d'une affectation contre-nature : une « camisole chimique » extérieure à soi qui vient non seulement oblitérer l'accomplissement d'une réelle autonomie, mais qui est négativement chargé. La prise d'antidépresseurs, comme elles le disent, devient la marque de leur faiblesse, de leur incapacité à agir d'elle-même, à répondre de leurs actes, parce qu'incapables de s'en sortir seule, de s'adapter ou d'endurer la souffrance sans dépendre d'une pilule. L'arrêt du médicament vient alors contester l'écart à la norme d'autonomie dans laquelle elles se trouvent en répondant par la prise du médicament à l'exigence sociale d'agir par soi-même.

Ces résistances à la fois individuelles (les expériences de nos interviewées) et généralisées, tout comme les symptômes de la dépression ne sont pas intelligibles en dehors du social, des institutions de la culture. De même le recours à ce médicament n'est pas intelligible si on le considère comme un simple réflexe de conformité à la normativité et à la médecine. Les résistances au médicament, sont complexes et contradictoires. Elles témoignent à la fois de l'arbitraire culturel (c'est culturellement antinaturel de médicamenter la souffrance ou le dysfonctionnement social, car d'autres démarches seraient plus acceptables, telles que la psychothérapie), de l'idéologie de l'intégrité du corps (rejet des

« supports » parce qu'ils sont extérieurs), du désir de reprendre le contrôle de sa vie par ses propres moyens (mélange ambigu de désir d'émancipation individuelle et de reconduction de la norme d'autonomie), d'une suspicion par rapport au véritable rôle du médicament (normalisation des conduites). Ainsi, résistance individuelle, reconduction des idéologies, reproduction culturelle, problématisation critique sont entremêlées dans un même acte dont les fondements sont complexes.

4.5 Sur le continent de la chronicité : à la recherche du soi perdu

Le sens de la résistance aux médicaments révèle toute sa complexité à l'intérieur de ces deux univers solidaires : celui de la rechute et de la chronicité. Malgré les raisons évoquées par les interviewées concernant le caractère « étranger à soi » du médicament, les logiques du traitement, du soin, voire de la guérison (rechute, entretien périodique, régulation du dosage, etc.), elles n'ont que faire des distinctions humanistes. En effet, après l'arrêt du médicament, toutes, sans exception, disent avoir fait une rechute dans le continent de la dépression. Pour la plupart, cette rechute a été difficile à vivre, mais elles se sont rapidement faites à l'idée, de concert avec leur médecin ou psychiatre et sans qu'on leur impose de force cette décision, qu'il fallait continuer le traitement et même, pour certaines, le poursuivre à vie.

Comme nous le verrons premièrement, ce corps étranger, le même qui a été la cible de résistances, deviendra de plus en plus familier, de moins en moins étranger à l'existence (désormais vulnérabilisée par le premier épisode dépressif). L'idéologie de l'intégrité du soi et de l'autosuffisance de l'individu véritablement indivis apparaît ébranlée par cette première prise de contact avec le médicament. Plutôt qu'un contact, qu'on aurait tendance à attribuer à un simple épisode (dépressif), il s'agit en fait d'un véritable rapport en lien à un état (la dépression comme vulnérabilité permanente). L'épisode, par définition passager voire contingent, est devenu bien au contraire une dimension du nouveau soi ayant

besoin d'un support permanent. Deuxièmement, il semble que ce nouveau soi, dont les contours sont façonnés par l'action du médicament, se présente aux yeux des femmes interviewées : 1) comme leur véritable soi perdu et enfin retrouvé (mais fragile); 2) comme un soi objectif et distinct qui permet de mieux cerner les frontières du soi subjectif (ouvrant la possibilité de le retrouver, un jour); 3) comme un soi qui pose les fondations d'un autre soi qui reste à construire sous forme de projets. La recherche, les retrouvailles, ou le devenir du soi s'imbriquent de manière complexe et sont invoqués comme motif (qui s'ajoute à celui d'être malade) justifiant le choix de poursuivre le traitement pharmacologique de manière chronique. Cela leur permet de donner un sens, a posteriori, de l'événement qui avait été désigné comme le déclencheur. On peut constater qu'elles remettent en question leurs rapports aux autres (hostiles) pour mieux s'en distancier, même si cela équivaut à précariser leur situation économique.

Pour Carole, par exemple, sa rechute lui a fait voir l'antidépresseur comme un choix nécessaire qui rend sa vie moins souffrante et plus vivable. Il fait maintenant partie de son identité ou de son « moi » comme elle dit, au même titre que « de peser 300 livres » et « d'être ex-lesbienne ». Elle dit ne pas avoir honte d'avoir une maladie mentale, puisque c'est tout simplement un problème de sérotonine, une maladie du cerveau, donc une maladie comme une autre :

Fait que là, la deuxième fois [lorsque j'ai fait ma rechute], je me suis dit — si j'avais une maladie cardiaque, je prendrais des médicaments pour le cœur. Si j'avais des problèmes de foie, je prendrais des médicaments pour le foie. J'ai pas de honte à avoir une maladie mentale. Le terme maladie mentale sonne péjoratif ... alors qu'en soi, c'est pas plus péjoratif que dire une maladie cardiaque. Si on disait — [Carole] a une maladie du cerveau, ça paraîtrait plus chic. Ça aurait l'air moins toc toc. Finalement, c'est ça — j'ai un problème de sérotonine — j'ai un problème de sérotonine. Et y a rien à faire d'autre.....je n'ai aucune...je ne sens aucune pression à arrêter-à moins qu'on me dise-regarde [Carole], on a fait des examens de sang et ton sang nous dit que vraiment, t'en as plus besoin. Tu pourras p'us retomber dépressive, je dirais okay- si j'étais sûre sûre. Mais j'ai plus le goût de prendre des chances. J'ai 50 ans. J'ai vraiment p'us envie de vivre ça. Pourquoi je vas aller souffrir-pour dire que je prends pas un antidépresseur? So what? J'en prend des antidépresseurs ...bon. Je prends

des antidépresseurs. Je pèse 300 livres, je suis une ex lesbienne. Tout ça, c'est moi. Fait que ça change rien à ma vie ...sinon que ça rend ma vie vivable.

Carole considère finalement qu'il n'y a pas lieu de souffrir, d'endurer ou de se battre elle-même contre la souffrance, car elle constate que celle-ci « ne fait pas grandir ». L'antidépresseur devient le moyen pratique par lequel elle accède à sa propre intelligibilité, à sa propre et profonde identité, lui permettant de retrouver finalement son soi qu'elle avait perdu dans sa souffrance (avant sa médication). Cette retrouvaille de soi lui permet de requestionner son rapport aux autres et aux normes, notamment le fait de se sentir responsable de tout, et de se soumettre aux demandes de son patron :

Pourquoi je vas aller souffrir le martyr? À 20 ans, j'aurais pû toute lâcher ça et j'aurais dit- Je vas me battre, j'ai pas besoin de prendre ça- c'est une béquille. Aujourd'hui je suis plus mature. Je suis plus sage... Et je me dis, si j'en ai besoin, j'en ai besoin [...] C'est une question de choix de question de choix. On peut choisir de vivre sa souffrance mais ... moi ceux qui disent que la souffrance fait grandir, je les crois pas – ces gens-là ont pas souffert. La souffrance, ça fait pas grandir. La souffrance, ça fait souffrir. Ça fait très, très mal [...]

Oui je me rends compte que j'ai une moins bonne santé mentale que la plupart des gens puisque je suis obligée de prendre des médicaments [...], j'ai une moins bonne santé mentale-je dois l'admettre. Y a d'autres choses où je suis très forte. Car si j'avais eu une bonne santé mentale, j'aurais tout simplement dit non à mon patron-Regarde, j'y arrive pas... Point à la ligne. Mais moi ça me rendait malade [...] C'est sûr qu'on vit dans un monde....exigeant...Mais je pense que une personne en santé peut y répondre correctement. Une personne qui est moins en santé va peut-être trouver ça difficile...si elle veut se tenir à ce rang là [...] Tandis qu'avec les antidépresseurs, si y a un problème, d'abord un tu te sens pas coupable pour un oui ou pour un non...tu penses pas que t'es responsable de tout. C'est sûr que y a toujours la petite pensée-qu'est-ce que j'ai fait de pas correct. Mais t'as p'us l'angoisse de...j'ai fait quelque chose de pas correct. Si j'ai fait quelque chose de pas correct, tu dis pas-Je suis nulle, je vas perdre ma job. Je vas tout perdre [...]

Parce que depuis que je prends ma médication je suis redevenue la personne que j'étais dans mes bonnes périodes. C'est comme si j'étais plus moi-même [...] ça m'a permis de...de retrouver...celle que je suis

profondément...que j'avais perdue de vue pendant que j'étais malade...Quand j'étais malade, j'avais perdu de vue ce côté-là...récalcitrant [...] J'avais toujours été une fille un peu rebelle. okay...pis moi je m'en laissais pas imposer et les boss avant ça, ça me faisait chier [...].

Tout comme Carole, Manon transforme son regard sur l'antidépresseur après sa rechute. Elle aurait trop peur, dit-elle, d'arrêter parce qu'il contribue à réguler son problème chimique au niveau du cerveau ou de neurotransmetteurs, au même titre que l'insuline répond aux problèmes des personnes diabétiques. Comme elle le dit, pour que ça « reste au beau », elle doit respecter sa « dose de maintien » :

ça a duré 16 mois à peu près...que j'ai pas pris de médicaments et j'ai eu une rechute! Ça c'était au printemps 98. Puis...là elle [ma médecin] m'a dit que ce serait à vie! [...] Elle a bien vu que c'était comme la dernière fois... pis elle a juste dit – Peut-être que on a arrêté trop vite les médicaments. Aurait fallu poursuivre plus longtemps. Y a pas eu ... pas à se sentir coupable ... rien ... Elle dit – peut-être que c'aurait été préférable de peut-être faire au moins un deux ans ... Pis ... Mais je me suis pas obstinée. Je les ai pris[...]

Pis en continuant, je m'aperçois que ça va bien[...] Je fonctionne bien... je suis ... j'ai pas de ... mon humeur est stable... j'ai... depuis... tu vois, ça fait huit ans de '98 ... ça va faire huit ans ... là au printemps que j'en prends. [...]Et puis ce n'est pas une dose énorme, c'est une dose de maintien [...] Mais non j'ai trop peur [d'arrêter de prendre des médicaments] J'ai trop peur que ça revienne-que j'ai eue mal comme j'ai eue mal là [...] -parce que... le médicament fait en sorte que les- je sais pas trop comment ça se passe dans notre tête là...que la chimie dans mon cerveau fonctionne pas bien...faut croire parce que le cerveau c'est complexe[...] mais j'ai vu un changement, y doit y avoir quelque chose [...]Fait que... mais ... comme mon médecin me disait – Y a des personnes qui sont diabétiques ou qui font que la glande thyroïde fonctionne pas... bien et qui sont obligés de prendre des médicaments, mais moi, c'est au niveau des neurotransmetteurs et de la sérotonine et tout ça. Y a eu des courts-circuits je pense dans la tête [...] Fait que je veux pas prendre cette chance là. C'est clair dans ma tête...je suis trop bien comme je suis maintenant [...] Pis je fais en sorte que... ça reste au beau... Pis si le prix à payer, c'est de prendre des antidépresseurs toute ma vie? Ça sera ça- parce que c'est trop souffrant. Moi je veux plus vivre ça. Si c'est le prix à payer, ce sera le prix à payer. Ça me fait rien.

Manon considère maintenant qu'elle a un cerveau défectueux et cela lui permet de prendre conscience de soi. Elle dit maintenant connaître ses limites et ne plus sentir le besoin d'exister pour les autres. Cela lui permet aussi d'adopter un autre mode de vie, plus adapté à ses limites et qui lui procure moins de stress. Le fait d'avoir des projets est primordial pour elle, c'est un moyen d'accéder à ce qu'elle est, de retrouver cette identité qu'elle avait perdue lors de sa dépression. Ayant décidé de retourner au travail à temps partiel, cela lui donne donc la possibilité de consacrer le reste de son temps à ses projets :

... Je suis presque obligée de penser ça moi-même [que c'est au niveau des neurotransmetteurs et de la sérotonine et tout ça] parce que... je fonctionne bien [...] Pis... non... j'ai vraiment-mais vraiment pas le goût de ça. J'ai trop de beaux projets en avant de moi et j'aurais pas le goût de retomber [...] — ça fait huit ans que je fonctionne ... que je fonctionne bien, j'ai des projets... plein de projets ...encore là, on est embarqué dans un nouveau projets. Et des projets, ça, c'est... [important] ... on est un couple — ça fait 31 ans qu'on est mariés — et puis on a toujours eu des projets ... C'est sûr que quand ...quand j'étais en dépression, j'avais pas le goût. Pas question...j'avais de la misère à voir à moi-même. J'aurais pas eu d'énergie... parce que ça demande de l'énergie faire des projets. [...] Et comme je suis maintenant à deux jours semaine [à mon travail]... pis que la fin de semaine, c'est un peu plus relaxe [à l'hôpital], ça me fait une journée dans la semaine où c'est vraiment ... plus mouvementé... et je suis capable de vivre avec ça. Fait que à deux jours semaine, je suis capable de faire... encore... un bout. [Je serais pas capable de faire ça pendant cinq jours] Non non ah non!-c'est clair dans ma tête... pis ma patronne le sait pis... c'est non. C'est comme ça [...] Moi je connais mes limites et... c'est comme ça. J'ai appris à vivre avec... pis ça me donne rien d'essayer de prouver aux autres que je serais capable quand je sais que... je le suis pas et que je serais pas bien là-dedans? Non ...c'est fini ce temps-là.

Denise, quant à elle, a maintenant peur qu'on lui impose d'arrêter ses antidépresseurs, parce que cela signifierait revenir à zéro. Elle considère qu'ils font maintenant partie de ce qu'elle est au quotidien :

[...]L'épisode [de rechute en dépression] c'était il y a trois ans [...]Oui c'était ... oui... c'était en 2003. Et je l'avais [la psychiatre] rencontrée en 1999. Donc c'est ça – c'est à ce moment là que j'ai recommencé à prendre... mes antidépresseurs [...] À ce moment là, j'étais plus comme

— Regarde, je veux juste être morte là... C'était comme — Regarde... juste me donner n'importe quoi... pis... ça marche, ça marche pas... peu importe. Donc, ça j'ai vraiment comme tout simplement commencer... à le prendre... en me disant — ça va peut-être pas changer grand'chose... mais... ça va pas nuire. [...] ça fait trois ans ... presque trois ans [maintenant que je consomme des antidépresseurs, Efexor]. Ben en ce moment, vraiment, honnêtement, ça pourrait pas être plus clair, j'ai peur d'arrêter... Je vois ma psychiatre... et à chaque fois j'ai comme un petit peu peur avant de la voir. Je me dis... bon... elle va me dire d'arrêter maintenant... Pis ah mon Dieu qu'est-ce que je vais faire si elle me dit d'arrêter? [...] j'ai peur d'arrêter parce que j'ai l'impression qu'une grande partie... de... disons au quotidien de comment je me sens... c'est-à-dire de me sentir comme désespérée et totalement déprimée... de faire des crises d'anxiété... J'ai vraiment l'impression que c'est les médicaments qui aident. T'sé c'est pas le processus thérapeutique que je suis entrain de faire... c'est vraiment les médicaments qui aident. Si t'enlèves les médicaments, okay je vais avoir fait comme du chemin... à d'autres niveaux mais que... je vais me trouver au point de départ. Donc pour le moment, je vois pas vraiment quand je vais arrêter. Je vois... vraiment pas.

Denise considère maintenant qu'elle a des tendances dépressives. Le fait de reconnaître son état de vulnérabilité permanente lui permet de se séparer des difficultés que cet état implique. Elle se conçoit comme en dehors du problème, ce qu'elle n'avait jamais réussi à faire. Désormais, elle focalise moins sur son « défaut de fabrication », que sur ce qui lui permet d'explorer son vrai soi, c'est-à-dire qui elle est derrière la dépression, ce qui a changé en elle, ce qu'elle veut devenir, ce qu'elle veut faire, etc.

Je pense que j'ai ces tendances là [à la dépression] puis que je dois faire quand même attention par ce que ce serait facile pour moi de retourner là... dans des difficultés comme ça. Mais je pense que je le sépare un peu de moi-même. C'est-à-dire que je ne le vois plus comme... Parce que disons avant, je me voyais comme LE problème-c'était comme MOI le problème. Tandis que là, je suis capable de faire comme plus une distinction. Y a moi... puis ya ces problèmes là qui vont comme avoir un effet sur moi [...] et je sais pas encore ce que ça veut dire pour ma vie... ce que ça veut dire pour mon avenir... Mais... ça, je me sens plus à l'aise de savoir que ça existe... que c'est comme un peu extérieure à moi disons. Pis que... en même temps, c'est quelque chose... sûrement... qui va quand même rester avec moi... à différents degrés... j'espère faible mais[...] Et je pense que jusqu'à récemment... je focussais beaucoup... sur mon défaut de

fabrication... ou quoi que ce soit. Pis je pense que depuis ce temps-là, ...je cherche plus comme à explorer qui je suis là-dedans. Qui je suis à part ça[...]...

[...]Pis comme pour les premières fois dans ma vie, je commence à dire... Okay...qu'est-ce que je veux dans ma vie- qu'est-ce que j'aime faire, qu'est-ce que je voudrais être? Qu'est-ce que je voudrais faire? Donc je pense que c'est quand même...quelque chose qui a changé...à l'intérieur de moi...de plus être capable de me regarder moi-même [...]Donc c'est sûr que prendre des antidépresseurs...un tranquillisant...oui ça m'a changée mais en même temps...c'est aussi l'occasion de me demander...qu'est-ce qu'y a changé en moi avec l'anxiété, la dépression...C'est ce qui a en arrière de ça...j'aurais été comment si j'avais pas eu ces problèmes là...

Après l'arrêt des antidépresseurs, France a fait une rechute dépressive sévère. Elle considère maintenant que l'antidépresseur lui est nécessaire. Il fait désormais partie intégrante de ce qu'elle est, sa médecin lui a prescrit, selon elle, un antidépresseur adapté, qui lui fait bien à elle:

La rechute a été très sévère! Très sévère merci!plus que quand j'ai commencé. Ça m'a pris-ça, c'était en novembre 2004... Et je te dirai que je commence à être bien depuis trois mois. Donc la rechute a été très difficile...très difficile...pire qu'au début[...] Moi je dirais [que l'antidépresseur] c'est sûr que ça a changé quelque chose... Premièrement, le fait que mon médecin me connaisse bien fait qu'elle réussit probablement à trouver le médicament qui me fait bien à moi. Et qui est celui-là [...]Y'a une chose importante...en tous cas. C'est que j'ai réalisé seulement cette année...que...c'était important de...de prendre des médicaments là même quand tu vas bien[...] je préfère continuer parce que...je me sens bien. Donc je veux pas l'arrêter...

France constate qu'avec les antidépresseurs, c'est la première fois qu'elle se sent bien. Cela n'équivaut plus seulement à être fonctionnelle, mais cela signifie se prendre en main, être capable d'avancer, prendre les choses une journée à la fois et surtout d'avoir des projets. Pour France cela a signifié quitter un travail qu'elle n'aimait pas pour en trouver un autre dans lequel elle pourrait se sentir bien, même si cela implique des soucis financiers. Si sa situation financière est stressante, elle dit ne pas déprimer pour autant. Les antidépresseurs l'aident à

aller bien. Cependant, elle considère que les changements et le fait d'aller bien doivent venir d'elle-même.

Parce que c'est la première fois que je prends des médicaments... et que je me sens bien... que... je suis dans la merde financièrement... j'ai jamais été pire que ça mais je déprime pas à cause de ça. C'est sûr que j'ai un stress. C'est sûr Mais j'ai un stress qui est normal dans les circonstances... mais je déprime pas tu comprends? Je déprime pas- je remets pas tout en question. Avant j'arrêtais le médicament parce que... j'allais mieux... point... j'allais mieux... tout est relatif... J'allais mieux- j'étais pas heureuse dans mon couple... J'étais pas heureuse à mon travail... mais bon je fonctionnais... mais pas plus que ça... Mais là je sens que... j'ai des projets... tu comprends... C'est ça la différence... mais c'est une grosse différence. Avoir des projets dans la vie... pis d'être capable d'avancer...

Le fait que j'ai été capable de quitter Urgence Santé [mon travail] en disant... b'en oui... j'avais un bon salaire, oui j'avais des avantages sociaux. Oui j'ai quitté ça mais ça me dérange pas! Tu comprends? [...] Au niveau des antidépresseurs... ça m'a aidée parce que je vis... je vois ma situation comme temporaire... je vis une journée à la fois... ça me permet de me prendre en main... je suis quand même capable de faire des projets... être capable d'avancer. C'est enfin de me dire- de chercher un travail que je vais aimer... ça c'est me prendre en mains. De pas chercher n'importe quel travail. C'est chercher un travail que vraiment je vais aimer. Je veux faire un travail... que j'aime... j'ai 48 ans... pis c'est terminé de... je suis même prête à baisser de salaire pour avoir un travail que j'aime ... c'est ça se prendre en main. C'est d'avoir des projets... des projets futurs [...] Je sais bien que c'est de moi que ça va venir... le changement pis le fait d'être bien... c'est moi... Y a des médicaments mais y a pas juste les médicaments. Tu comprends? En tout cas moi c'est ce que je pense maintenant. Je pourrais bien prendre des médicaments toute ma vie mais si... moi je m'aide pas... je peux ben rester au lit et prendre des médicaments...

Les différents récits nous apprennent que le rôle de l'antidépresseur dépasse la simple fonction thérapeutique. Ils nous permettent d'aller au-delà des débats soulevés par de nombreux psychiatres, sociologues, psychologues et travailleurs sociaux quant à cette fonction thérapeutique. Sans minimiser l'importance des discussions sur la réelle portée thérapeutique de ce médicament, il semble que l'essentiel, sociologiquement parlant, se trouve ailleurs. La rechute,

qui transforme l'épisode dépressif en vulnérabilité permanente, justifie à plusieurs égards la transformation du statut du corps étranger du médicament. La consommation chronique de ce corps étranger est perçue comme un choix nécessaire, un non-choix, devant le constat d'une existence vulnérabilisée. Première atteinte à l'idéal d'autonomie et d'autosuffisance : ne pas avoir vraiment le choix; c'est la nécessité qui s'impose. De quelle nécessité s'agit-il? D'une nécessité médicale, car la plupart des interviewées se reconnaissent comme malades. Une maladie chronique n'est-elle pas, en quelque sorte, une dimension permanente du soi ? Les comparaisons avec le diabète sont révélatrices; maladie et traitement se confondent dans le fait d'être diabétique. La médecine est là, en plus, pour démystifier le mental et déstigmatiser le malade mentale : la dépression chronique est une maladie comme les autres. On n'y peut rien, c'est aussi biologique que le diabète. Alors pourquoi s'obstiner ?

Deuxième atteinte à l'idéal d'autonomie et d'autosuffisance : le corps est fragilisé, il faut l'entretenir. De quel genre de corps s'agit-il ? Du corps mental fait de neurotransmetteurs et de neurochimie, mais aussi de comportements qui se dérèglent. Si c'est le corps mental qui est malade, et dont la panne de l'action est une manifestation dramatique pour l'individu autonome, pourquoi résister à un traitement qui relance cette action ? Parce qu'il est aussi biologique que sa cible (le cerveau) ? Parce qu'il est insupportable, stigmatisant, voire peu romantique d'identifier le soi au cerveau ? Ou encore parce que cette dimension anthropologiquement constitutive de toute expérience humaine qu'est la souffrance est escamotée, voir travestie en panne de l'action ? Les interviewées aux prises avec les symptômes dépressifs plutôt qu'avec des problèmes théoriques à résoudre ou avec des idéaux humanistes à reconduire tranchent la question : souffrir ne sert à rien. Quel est le prix le moins cher à payer : la consommation chronique d'antidépresseurs pour retrouver l'autonomie, ou bien s'enliser dans la douleur morale dans l'espoir de retrouver, un jour, le soi perdu? Encore une fois, ce n'est pas le soi par soi qui tranchera, mais le soi comme un autre. Le fait que la consommation d'antidépresseurs soit institutionnalisée comme la réponse

adéquate et efficace à la vulnérabilité montre encore une fois l'impossibilité d'être soi par soi. Le médicament antidépresseur permet de rouvrir le rapport à l'autre en témoignant de l'insuffisance de soi, identifié comme un déséquilibre neuronal se manifestant par des dérèglements comportementaux quotidiens. Véritable révélateur des règles de l'individualité contemporaines, à elles seules productrices, en creux, de l'univers normatif de la dépression, l'antidépresseur nous rappelle métaphoriquement que le soi, peu importe ses ressources ou son manque de ressource, est en bout de ligne un autre.

CONCLUSION

Les analyses des discours qui ont trait au « continent de la dépression » éclairent la manière dont un individu bascule d'une expérience de vie normale à une expérience de vie pathologique où il est contraint de recourir à différentes stratégies d'intervention, parmi lesquelles l'antidépresseur demeure la référence thérapeutique dominante. Nous avons voulu explorer cette idée que le social normatif, « ce qui doit être fait », s'exprime aujourd'hui en creux par le singulier souffrant : l'individu incapable de le faire. Or, sous les réponses institutionnelles à cette incapacité, le diagnostic et la prescription d'un psychotrope notamment, fermente toujours une expérience singulière qui participe à l'éclosion de ce qui est codé comme trouble mental.

L'expérience, aussi riche soit elle, prend aujourd'hui de moins en moins d'importance dans le domaine de la dépression. Le sujet dépressif est envisagé comme un corps dont il s'agit avant tout de redresser l'action ou l'énergie, et de réguler l'humeur. Nous l'avons vu dans le premier chapitre, la définition actuelle du trouble dépressif suppose une série de symptômes susceptibles d'être clairement et rapidement identifiés par les critères diagnostiques du DSM, et enrayés par l'antidépresseur. On ne s'adresse donc plus, comme c'était le cas lorsque la dépression était associée à un conflit névrotique, au sujet sous-jacent le trouble mental. Pour comprendre la vie psychique des symptômes, on remplace l'expérience subjective par le diagnostic et la pharmacologie. Devant un tel constat, nous sommes contraint de nous demander si cela pose réellement problème, et si oui, pourquoi? Qu'est-ce qui dérange dans cette conception biomédicale du trouble mental? La psychanalyse répondrait qu'en voulant se débarrasser des conflits psychiques pour ne s'occuper que des symptômes, prix à payer pour notre dette envers l'Autre, on réduit l'homme à un automate, on le coupe de son histoire et de son intentionnalité. L'Autre, lieu de la parole et du

signifiant, n'existe pas. On assiste alors à une «désubjectivation» sans précédent, le sujet devient une sorte de magma narcissique.

Pour le regard sociologique, plutôt que préoccupé par la défense d'une manière particulière de concevoir le psychisme, l'expérience mérite que l'on s'y attarde. En effet, le médical, qui a une fonction limitée³⁶, esquivé la dimension sociale de l'expérience du pathologique susceptible de nous renseigner non pas sur les causes de la dépression (tâche inlassablement vouée à l'échec pour toutes les disciplines du «mental»), mais sur certaines dimensions des rapports de pouvoir qui construisent cette expérience singulière.

Toute expérience individuelle et singulière (comme le soi) se constitue à partir du social normatif. La figure du pathologique que l'on dessine par le vocable du dépressif nous renseigne en creux sur ce social normatif actuel, et cela suppose nécessairement qu'il y a conflits de normes. L'événement déclencheur, qui fait basculer le «soi social normal» dans le continent du singulier pathologique (dans la réductibilité du langage médical et psychologique), demeure un terrain riche et complexe, probable de nous renseigner sur certaines dimensions de cette conflictualité normative intrinsèque à toute régulation. Les discours des femmes interviewées montrent comment ces événements déclencheurs reposent sans exception sur un rapport de soi à l'autre (ou à la norme à travers l'autre qui fonctionne normalement), qui est de l'ordre d'une tension, d'une difficulté, d'un conflit, d'un tiraillement, etc. L'autre adopte toujours la figure hostile, soit parce qu'il est capable de s'adapter aux différentes exigences qui ont cours et renvoie l'image de notre insuffisance, soit parce qu'il exprime explicitement sous forme de reproches ou de non-reconnaissance la cause de cette insuffisance.

³⁶ Pourquoi demander au médical d'en faire plus (de tenir compte des dimensions sociales de l'expérience par exemple)? Cela risquerait de nous faire tomber dans un élargissement de la médicalisation qu'on souhaite dénoncer.

Si le passage de la névrose à la dépression marque le déclin de la référence aux conflits dans la clinique contemporaine, ces extraits laissent penser que le conflit n'est pas pour autant absent de l'espace social, même s'ils ne s'expriment pas sous formes d'affrontements ouverts ou d'antagonismes explicites. Le conflit s'exprime à travers le singulier souffrant incapable de s'adapter aux différentes injonctions qui le trament. D'ailleurs, le fait que les événements déclencheurs repérés se situent dans la plupart des cas dans l'espace du travail ne nous semble pas anodin. Cet espace a toujours été le terrain premier de reconduction des clivages sociaux. Devant une impuissance du politique à se réorganiser comme mode de gestion sociale efficace, une part significative du mode de fonctionnement actuel de la régulation des conduites est la psychologisation des rapports sociaux. Une bonne partie des conflits, rapports de forces, contradictions, clivages, etc. sont traduits de plus en plus dans un langage relié à l'univers de la santé mentale. Ce langage, en deçà de la rhétorique classique du politique, mais qui n'est pas moins politique pour autant, semble plus adapté aux changements actuels dans la normativité sociale. La diffusion extraordinaire des thèmes tels que le harcèlement moral et la souffrance psychique (ex. des cols bleus³⁷), ou encore l'explosion des problèmes de santé mentale en milieu de travail pour coder ce qui autrefois prenait la forme du conflit interpersonnel, organisationnel, voire social ou de classe, montre que la vulnérabilité psychique prend de plus en plus la place de la vulnérabilité sociale. Mais, existe-il de la vulnérabilité psychique sans référence au social ?

Les différentes exigences sociales qui s'expriment par la négative dans les discours des femmes interviewées s'appuient sur la notion de l'individu responsable, soit la responsabilité d'être flexible, de s'adapter, de performer, de prendre des initiatives. L'autre hostile qui prend la forme abstraite et sans relief de cet individu responsable force la plupart des femmes à se reconnaître responsable

³⁷ Voir à cet égard le rapport de recherche effectué en mai 2006 par le professeur montréalais A. Soares « *Les bleus à l'âme : le harcèlement psychologique chez les cols bleus de la ville de Montréal* ».

de ce qui leur arrive objectivement (ne pas être capable de répondre soi-même aux exigences) et de ce qui leur arrive subjectivement (prendre sur soi le blâme de cette incapacité en l'intériorisant comme une faute ou une insuffisance personnelle). En effet, même si ces événements déclencheurs soulignent explicitement une tension du soi à l'autre, tout semble se résumer à une question de mauvaise gestion d'émotions, d'incompétence sociale, de dérèglements psychosomatiques, etc. Par cette grammaire de l'insuffisance, soit physique, psychique ou sociale (ou les trois), elles expriment une difficulté à être ou à continuer d'être soi pour demeurer adaptées aux exigences de leur milieu, ce qui met en évidence que le psychique vulnérable n'est pas une variable indépendante.

Les déclencheurs divers conduisent tous vers le même port réducteur du pathologique. Entre inadaptation comportementale et épuisement énergétique se dessine un espace du pathologique qui englobe autant les dérèglements, les déviations et les écarts normatifs qu'une constellation de symptômes somatiques dérangeant le fonctionnement ordinaire de l'organisme. Les métaphores énergétique et mécanique exprimées réduisent les nuances de l'existence particulière de chacune des personnes dépressives. Un premier paradoxe apparaît alors : comment peut-on parler inlassablement de «soi-même» pour, en bout de ligne, dire, éprouver, ressentir, pâtir comme les autres ? Qu'est-ce qu'être soi-même alors ? Être l'autre performant ?

Ces interrogations nous permettent de revisiter les questions de l'inscription subjective de la domination. Certains auteurs postulent que la logique de responsabilisation aujourd'hui sous-tend que nous sommes passés de l'assujettissement disciplinaire (qui vise à constituer l'individu en sujet, en l'inscrivant dans des dispositifs de pouvoir multiples) à un mécanisme d'inscription de la domination qui convoque cette fois-ci les capacités du sujet à initier l'action lui-même (cf. Martucelli, 2001). Nous sommes d'accord avec cette lecture qui a maintes fois été abordée, mais nous pouvons nous demander si cette notion de responsabilisation n'est pas nécessairement distincte de

l'assujettissement disciplinaire, mais bien sa réponse la plus logique dans une société de normes. L'injonction sociale à être soi-même le sujet de sa vie n'est-elle pas la réponse, en termes normalisateurs, à la pression disciplinaire (Le Blanc, 2003) ? L'assujettissement à un pouvoir disciplinaire suppose toujours une adhésion subjective. L'individu devient l'objet d'une norme disciplinaire que s'il consent à l'assujettissement de la norme. L'autonomie des sujets, effet d'une injonction sociale contemporaine, est nécessaire au fonctionnement actuel de la production de comportements disciplinaires (adaptés), et la règle disciplinaire intègre elle-même l'horizon de l'autonomie.

La différence aujourd'hui réside dans le fait qu'on demande aux sujets de devenir de plus en plus actifs dans leur propre assujettissement, «d'assurer une part significative de la responsabilité de leur propre gestion » (Otero, 2003). Par la pression sociale croissante à être soi, le sujet contemporain adhère à des logiques de performances, de responsabilisation, de flexibilité, d'initiatives, etc. Mais ces logiques répondent aussi aux besoins structurels de ses environnements. Dans *Le nouvel esprit du capitalisme* (1999), Boltanski et Chiapello expliquent par exemple comment l'entreprise contemporaine ne demande plus uniquement à des sujets de produire des comportements fixés au préalable, mais leur demande une adhésion au projet de l'entreprise, ce qui constitue une mobilisation subjective sans équivalent. La norme disciplinaire et la norme d'autonomie se complètent et se répondent systématiquement, sans cesser pour autant de se contredire. Elles constituent un véritable rapport et leur aspect conflictuel, distinct, contraire, ne fait que renforcer, nous semble-t-il, l'efficacité du pouvoir de régulation des conduites. Il contribue à reconduire de manière discrète ou méconnaissable les clivages sociaux à l'intérieur des sujets, et alimente en retour certaines résistances qui s'expriment par des symptômes spécifiques.

Devant l'exigence à « être soi par soi » dans le social, l'insuffisance inéluctable d'y parvenir devient une conséquence quasi anthropologique de ce qu'on entend aujourd'hui par individu, car elle est un véritable contre-sens

sociologique. En ce sens que l'individu ne peut être soi par soi, il ne peut l'être que par les autres. Cette insuffisance, bien que constitutive de l'individualité contemporaine, alimente systématiquement le continent de la dépression. Si individualisme il y a aujourd'hui, il s'agit d'un individualisme de masse. Ce phénomène explique donc du moins en partie que le traitement de choix pour les problèmes de l'individualité (un soi singulier insuffisant) soit un médicament de masse et massif : les antidépresseurs. S'il semble clair que la démarche d'être soi-même par soi-même exclut d'emblée les autres individus, l'exploration du continent des antidépresseurs nous a permis de mieux cerner quel était le rôle et le statut de ces médicaments dans l'accomplissement des injonctions de l'individualité contemporaine. Sur quoi agissent-ils ? Sur le corps, l'esprit, ou les deux ? Une telle distinction est-elle appropriée ? Et comment intègre-t-on un corps étranger dans un soi qui ne cherche qu'à s'accomplir en tant que soi-même ?

Premièrement, nous avons questionné le thème séculaire de la dualité corps-esprit. Les antidépresseurs suscitent aujourd'hui de vives polémiques quant à la redéfinition qu'ils supposent des lieux d'interface entre le corps et l'esprit. On va jusqu'à émettre cette idée que, désubjectivé, l'homme est aujourd'hui un corps-objet en tant que « matière autre de l'humain ». Si on ne peut être d'accord avec cette vision, qui nous semble appartenir davantage au domaine de la rhétorique que du scénario plausible, on peut souligner que la conception et la définition médicale actuelle de la dépression tente de dépasser ce dualisme corps-esprit. Cette tentative n'est pas nouvelle, mais ce monisme renvoie principalement aujourd'hui au « corps mental », le cerveau, lieu du déséquilibre neuronale qui serait la cause du dérèglement psychomoteur de l'action (son ralentissement, sa panne, son inhibition, etc.). Nous ne sommes plus devant un sujet à qui l'on doit donner la parole pour faire émerger lesdits conflits psychiques, mais devant un corps muet qu'il faut réenergiser, réadapté aux conditions prescrites par son environnement. Les antidépresseurs, tels qu'en témoignent les interviewées, agissent de manière orthopédique, en corrigeant presque machinalement tous les défauts ou les excès de l'action/l'énergie déréglée. Les mécanismes réparateurs du

« corps machine » permettent, après avoir redémarré (ou réenregistré, réinstauré, etc.) l'action, d'atteindre le « corps organisme » (le mental-biologique, le cerveau) en stabilisant les émotions, la concentration, les idées, etc. Reste ainsi ouvert le champ de possibilités à l'esprit qui ne semble pas atteint. L'action spécifique de l'antidépresseur, en entrant dans le corps, redonne la possibilité physique (corps réparé) d'entreprendre quelque chose d'autre au niveau de l'esprit (pour certaines personnes, une psychothérapie). Il nous semble donc moins pertinent d'évoquer, dans le domaine de la dépression, une nouvelle tension dans le dualisme corps-esprit (si ce n'est que pour justifier des querelles de coterie et de chapelles), que celle, si distinction il y a à faire, entre le corps-machine et le corps organisme. C'est la fonction disciplinaire qui nous paraît encore une fois réaffirmée, en ce sens que si le travail de l'esprit demeure à prime à bord intact, l'antidépresseur, en entrant dans la mécanique du corps, structure le champ de possibilité des conduites des sujets, envisagés comme schémas cognitif et comportemental, en les outillant dans le sens d'une meilleure adaptation à leur milieu (Otero, 2003).

Il nous semble inutile de s'alarmer, du moins d'un point de vue sociologique, d'un changement ontologique potentiel, car nous sommes toujours dans l'humain. Mais nous pouvons souligner la facilité avec laquelle on passe du social, avec l'événement déclencheur qui met de l'avant un rapport conflictuel (tension entre le soi et la norme ou entre le soi et l'autre « hostile » qui incarne le normal), au corps neurobiologique, qui met de l'avant cette fois-ci un souci d'adaptation à l'environnement. Le travail relationnel, voire social, fait non seulement impasse devant la mise à jour des divers conflits et tensions, mais demeure carrément absent. Car ce dont il s'agit avant tout c'est de s'adapter à l'impératif « d'être soi-même par soi-même », ce qui constitue, on l'a dit, une impossibilité sociologique. Derrière la nécessité qui s'impose pour certaines personnes de consommer un antidépresseur, est réitéré ce paradoxe important, un de plus de l'individualité contemporaine: pour être autonome, il s'agit d'être dépendant. Par le détour du recours institutionnalisé à la psychopharmacologie, le

contresens sociologique d'être soi-même par soi-même s'affirme avec vigueur, il montre en quoi le soi ne peut être que social.

Mais comment s'opère ce paradoxe dans l'expérience singulière de la personne? L'autonomie peut-elle accepter le travail de l'antidépresseur? Est-il légitime d'en avoir recours pour devenir autonome, voire pour fonctionner? L'autonomie peut-elle avoir recours à des supports sans trahir son essence? Peut-on donc accepter une autonomie assistée, et sous quelles limites, quelles formes?

Impossibilité sociologique, être soi par soi demeure un idéal social insupportable à entretenir dans le vécu concret quotidien. De plus en plus amené à initier de lui-même ses actions et à en être responsable, l'individu doit mobiliser presque sans relâche ses capacités d'adaptation aux différents environnements, et les réajuster en fonction des changements qui s'opèrent dans ces environnements (Otero, 2003). Cette capacité inédite d'adaptation doit faire appel presque obligatoirement (un jour ou l'autre) à des support. Ceux-ci sont de plus en plus redéfinis en termes de dépendance (dépendance souvent qualifiée dans des termes médicaux et psychologiques). Certaines dépendances ont une connotation plus positive aujourd'hui, telle que la dépendance au travail (workaholic) ou la dépendance au sport par exemple. Le recours aux antidépresseurs, contrairement à ces dernières, semble être classé dans des types de dépendance négative. Les raisons véhiculées aujourd'hui dans le social pour stigmatiser le recours individuel aux antidépresseurs sont multiples. Il est culturellement antinaturel de médicamenter la souffrance; l'homme devient un robot ou une sorte d'automate amputé de son humanité; d'autres démarches sont plus acceptables car plus axées sur le l'humain, telles que la psychothérapie, etc.

Les entretiens montrent que les différentes résistances opérées à l'endroit du recours aux antidépresseurs se condensent dans la figure de la «prothèse», celle qui handicape la véritable ou l'authentique réalisation de soi, mélange complexe de désir d'émancipation individuelle et de reconduction de la norme d'autonomie.

Même si les médicaments sont des supports invisibles, ils deviennent, aux yeux de ces femmes, la marque insupportable de leur faiblesse qui les obligent à être dépendante afin d'être suffisamment soi. On rejette alors en bloc ces «corps étrangers», pour n'être que soi-même. Le mythe de l'intégrité du soi est donc une fois de plus réaffirmé, et ses résonances se font non seulement sentir dans la décision de cesser la prise des médicaments, mais dans ces deux univers qui vont de pair : la rechute et la chronicité.

Au moment où la psychiatrie contemporaine met de l'avant des promesses inédites en matière de guérison, avec l'arrivée de la nouvelle génération de ces molécules antidépresseurs, les études épidémiologiques constatent que la dépression est une pathologie qui résiste et qui a tendance à se chroniciser. Si l'aspiration à être soi-même conduit à la dépression, la dépression, mentionne Ehrenberg (1998), conduit à la dépendance, cette «nostalgie du sujet perdu ». De l'homme conflictuel on passe à l'homme fusionnel, qui doit trouver les moyens qui s'offrent à lui pour combler, tel que le poète Pessoa, son «intranquillité» permanente. Les entrevues démontrent que l'idéologie de l'intégrité du soi, de l'autosuffisance, de l'individu véritablement indivis sort ébranlée par la première prise de contact avec le médicament. Ce que l'on désigne comme un trouble mental épisodique, susceptible d'être enrayé par l'arrêt des symptômes, est en fait un rapport immanent entre le soi et la norme. De la résistance (pour n'être que soi-même), on passe à la rechute, et de la rechute à la dépendance aux antidépresseurs. L'épisode dépressif se transforme en une dimension du nouveau soi ayant besoin d'un support permanent.

Notre analyse des discours apporte un élément explicatif nouveau à la compréhension sociologique du passage de la dépression à la dépendance: celui de la rechute dépressive, moment charnière transformant l'épisode dépressif en vulnérabilité permanente et en consommation chronique de l'antidépresseur. La rechute justifie à plusieurs égards la transformation du statut de corps étranger du médicament, qui avait été l'objet de résistances. La consommation du « corps

étranger » ne prend plus la forme ingrate d'une « prothèse », mais se transforme en choix salubre, un choix nécessaire devant le constat pragmatique d'une existence vulnérabilisée. Nous sommes donc devant une première atteinte à l'idéal d'autonomie et d'autosuffisance : ne pas avoir le choix, car c'est la nécessité qui s'impose. De quel genre de nécessité s'agit-il ?

Nous avons vu que la recherche, les retrouvailles, ou le devenir du soi, qui s'imbriquent de manière complexe, sont invoqués comme des motifs justifiant le choix de poursuivre le traitement pharmacologique de manière chronique. Les antidépresseurs permettent de retrouver enfin le soi d'avant la dépression, quoique fragilisé de façon permanente. Ils laissent entrevoir un autre soi potentiellement intriqué dans le soi malade, qu'il faut alors démêler et retrouver. Ou encore, ils instaurent des fondations permanentes d'un soi sur lequel on peut construire, sous forme de projets, un autre soi (véritable). Même soigné et assisté de manière chronique, le soi, qui ne doit être que semblable à lui-même aujourd'hui est par conséquent jamais assez lui-même. Il chasse par devant l'objet qu'il cherche (le soi), au moment même où il croit le retrouver. Comme le dit Ehrenberg, la dépression devient dépendance, parce qu'elle met en scène un individu qui court de manière permanente après l'ombre de lui-même. Jamais assez soi-même, toujours insuffisant, l'antidépresseur permet au soi de se survivre à lui-même.

Le travail sans fin et sans relâche d'un devenir soi-même par soi-même, qui justifie le choix nécessaire de la prise des médicaments et parfois même à vie, est renchéri par une nécessité médicale, car la plupart des interviewées se reconnaissent comme étant malades. Une maladie chronique, n'est-elle pas en quelque sorte une dimension permanente du soi ? Les comparaisons avec le diabète sont révélatrices, maladie et traitement se confondent dans le fait d'être diabétique et justifient l'impossible guérison. La médecine, devant cette impuissance à guérir, ne peut que démystifier et destigmatiser la maladie mentale : la dépression (chronique) est une maladie comme les autres, pas de folie, pas de perte de raison, pas de culpabilité. On n'y peut rien, c'est biologique,

comme le diabète. Deuxième atteinte à l'idéal de l'autonomie et d'autosuffisance : le corps mental, qui est fait de neurotransmetteurs et de comportements concrets, se dérèglent constamment et nécessite une « dose de maintien » permanente.

Le fait que la consommation d'antidépresseurs soit institutionnalisée comme la réponse adéquate et efficace à la souffrance dépressive montre de nouveau l'impossibilité de l'injonction sociale d'être soi par soi. Le médicament rouvre le rapport à l'autre en témoignant de l'insuffisance chronique du soi, codée comme déséquilibre neuronal ou trouble mental, se manifestant par des dérèglements comportementaux quotidiens. Véritable révélateur des règles de l'individualité contemporaine, à elles seules productrices en creux de l'univers normatif de la dépression, l'antidépresseur nous rappelle donc métaphoriquement que le soi, peu importe ses ressources ou son manque de ressource, est en bout de ligne un autre.

Si le corps mental est malade ou défectueux et l'action constamment dérégulée, pourquoi résister à un traitement qui relance cette action et qui maintient l'individu dans la socialité? Cette question à laquelle nous sommes désormais confrontés soulève des débats moraux en tout genre, réitère des problèmes théoriques quant à la question du sujet, enflâmes des idéaux humanistes. Sommes-nous des «drogués confortables»? Le soi peut-il être réduit à un corps ou un cerveau? Pouvons-nous escamoter ce qui a toujours été considéré comme une dimension anthropologiquement constitutive de l'expérience humaine : la souffrance? La souffrance n'a t-elle donc rien à nous apprendre sur nous-mêmes, et pouvons nous la réduire en une vulgaire panne de l'action ? Questionnements pertinents ou non, nous voulions donner la parole à ceux là même qui souffrent. Les interviewées semblent dire que souffrir est un mal qui ne sert à rien, « sauf à souffrir », et si le prix à payer pour ne plus avoir mal est de consommer le médicament à vie, elles sont désormais prêtes à l'accepter sans honte. Il semblerait qu'on soit aujourd'hui contraint de choisir entre deux réalités constitutives de l'individualité contemporaine, qui ne semblent pas prêtes à être

démenties de si tôt : soit qu'on accepte de se maintenir au plus près de cet idéal social d'autonomie, au prix d'accepter la consommation d'antidépresseurs, soit qu'on s'enlise dans une douleur morale dans l'espoir de conclure un jour les retrouvailles avec le soi, en guise de libération.

Toutefois, une ouverture discrète s'impose dans les récits, qui mériterait de plus amples réflexions dans le futur. Les interviewées, après avoir acceptées de consommer de manière chronique l'antidépresseur, remettent en question de façon presque unanime leur rapport à l'autre hostile qui avait été désigné comme l'élément déclencheur de leur dépression. Elles choisissent d'accepter leurs failles et de s'imposer des limites, et cela se traduit pour certaines dans le fait de retourner au travail à temps partiel, pour éviter un trop plein de stress qui semble désormais inévitable dans le monde contemporain du travail. D'autres encore choisissent de quitter leur emploi pour se chercher un travail dans lequel elles peuvent s'accomplir ou tout simplement être bien, même si cela implique d'avoir de moins bonnes conditions salariales. Ou d'autres finalement décident de ne plus écoper les agressions ou les demandes irréalistes de leur patron. On peut souligner que ces choix risquent de les plonger davantage dans une certaine précarité, notamment économique, que dans un mouvement collectif de remise en question des conditions de vie qui posent problème et qui sont au cœur des rapports de domination (exigence de performance continue, adaptation permanente, etc.) entre les individus et entre les catégories sociales. Mais surtout, ils nous montrent comment il demeure possible de prendre appui sur cette norme sociale de l'autonomie pour mieux s'y en distancier en mettant en évidence par la généralisation de la souffrance psychique, dont la dépression est la figure de proue, ce qui est à la fois individuellement insupportable et socialement intolérable. Il n'y a de thérapie, mentale ou autre, qui puisse accomplir l'utopie d'une société sans conflit ou, ce qui revient au même, sans norme.

ANNEXES

Annexe 1: Caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées lors de la phase exploratoire (N=11)

		N	(%)
Sexe	Homme	4	36,4 %
	Femme	7	63,6 %
Statut Marital	Célibataire	6	54,5 %
	Union libre	5	45,5%
Formation Scolaire (Diplôme le plus élevé obtenu)	DEP (Diplôme d'Études Professionnelles)	1	9,1%
	DEC (Diplôme d'Études Collégiales)	3	27,3%
	Baccalauréat	5	45,5%
	Maîtrise	2	18,2%
Vie Professionnelle	Occupe un emploi	3	27,3 %
	N'occupe pas d'emploi et prestataire assistance emploi	3	27,3%
	N'occupe pas d'emploi et prestataire assurance emploi	1	9,1%
	Étudiant temps plein et n'occupe pas d'emploi	1	9,1%
	Occupe un emploi et prestataire assurance emploi	1	9,1%
	Occupe un emploi et étudiant à temps plein	2	18,2 %
Temps de travail	Temps plein	2	18,2 %
	Temps partiel	4	36,4 %
	Ne s'applique pas	5	45,5 %
Revenu Annuel	Moins de 20.000 \$	7	63,6 %
	Entre 20.000 et 50.000 \$	2	18,2 %
	Plus de 50.000 \$	2	18,2 %

Annexe 2 : caractéristiques des appels (n=45)

		N	(%)
Nombre de contact		45	
Sexe	Homme	17	37,8 %
	Femme	28	62,2 %
Type de contact	Contact direct	16	35,6 %
	Message téléphonique	27	60 %
	Courriel	2	4,4 %
Date annonce	10 janvier 2006	4	8,9 %
	11 janvier 2006	11	24,4 %
	12 janvier 2006	5	11,1 %
	Non-réponse	25	55,6%
Résultat	Entrevue effectuée	12	26,7 %
	Refus	14	31,1%
	Sans-réponse	13	28,9%
	Rendez-vous annulé	5	11,1%
	Déjà participé	1	2,2%
Cause du refus	Argent	11	24,4 %
	Autres	3	6,7 %
	Ne s'applique pas	31	68,9 %
Raison refus	Pas intéressé après description succincte de l'étude	1	2,2 %
	Pensait que l'enquête concernait la dépression et les OMEGA 3	1	2,2 %
	Voulait faire l'entrevue par téléphone	1	2,2 %

Annexe 3 : Caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées
(N=13)

		N	(%)
Âge	Âge moyen 38,54 (ET= 12,64)	13	
Sexe	Homme	2	15,4 %
	Femme	11	84,6 %
Statut matrimonial	Célibataire	8	61,5 %
	Union libre	2	15,4 %
	Marié	1	7,7 %
	Veuf	1	7,7 %
	Divorcé	1	7,7 %
Nbre d'années st matrimonial	1 an	1	7,7 %
	1 an et demi	1	7,7 %
	3 ans	1	7,7 %
	18 ans	1	7,7 %
	31 ans	1	7,7 %
	Ne s'applique pas	8	61,5 %
Nbre enfants	Pas d'enfant	8	61,5 %
	1 enfant	1	7,7 %
	2 enfants	3	23,1 %
	4 enfants	1	7,7 %
Diplôme le plus élevé obtenu	DEC (diplôme d'Études Collégiales)	3	23,1 %
	Technique collégiale	2	15,4 %
	Baccalauréat	2	15,4 %
	Maîtrise (ou équivalent)	2	15,4 %
	DEP (Diplôme d'Études Professionnelles)	1	7,7 %
	Attestation d'études secondaires	1	7,7 %
	Secondaire non complété	2	15,4 %
Lieu entrevue	UQAM	1	7,7 %
	MEOS	4	30,8 %
	Café-Vieux Montréal	1	7,7 %
	Chez la personne	7	53,8 %
Emploi occupé	Occupe un emploi	3	23,1 %
	N'occupe pas d'emploi et prestataire assurance-emploi	2	15,4 %
	N'occupe pas d'emploi et	2	15,4 %

	prestataire assistance-emploi		
	Occupe un emploi et étudiant à temps plein	2	15,4 %
	Retraité RRQ	2	15,4 %
	Travaille et prestataire assistance emploi	1	7,7 %
	Étudiant temps plein et prestataire assistance-emploi	1	7,7 %
Durée travail	Temps plein	3	23,1 %
	Temps partiel	3	23,1 %
	Ne s'applique pas	7	53,8 %
Durée travail temps partiel	Moins de 10 H semaine	1	7,7 %
	Entre 10 et 20 H semaine	2	15,4 %
	Ne s'applique pas	10	76,9 %
Langues parlées	Français	6	46,2 %
	Français et anglais	7	53,8 %
Langues écrites	Français	6	46,2 %
	Français et anglais	7	53,8 %
Revenu Annuel	Moins de 20.000 \$	10	76,9 %
	Entre 20.000 et 50.000 \$	3	23,1 %
Citoyenneté	Canadienne	13	100%
Pays d'origine si immigrant	France et Irlande	2	15,4%
	Ne s'applique pas	11	84,6%

Annexe 4 caractéristiques des personnes interviewées pour ce mémoire (N=6)

		N	(%)
Âge	Âge moyen 44,83	6	
Sexe	Homme	0	
	Femme	6	100 %
Statut matrimonial	Célibataire	4	66,6 %
	Union libre	0	
	Marié	1	16,6 %
	Veuf	1	16,6 %
	Divorcé	0	
Nbre enfants	Pas d'enfant	3	50,0 %
	1 enfant	0	
	2 enfants	2	33,3 %
	4 enfants	1	16,6 %
Diplôme le plus élevé obtenu	DEC (diplôme d'Études Collégiales)	1	16,6 %
	Technique collégiale	1	16,6 %
	Baccalauréat	2	33,3 %
	Maîtrise (ou équivalent)	1	16,6 %
	Secondaire non complété	1	16,6 %
Emploi occupé	Occupe un emploi	4	66,6 %
	N'occupe pas d'emploi et prestataire assistance-emploi	1	16,6 %
	Retraité RRQ	1	16,6 %
Durée travail	Temps plein	1	16,6 %
	Temps partiel	3	50,0 %
	Ne s'applique pas	2	33,3 %
Revenu Annuel	Moins de 20.000 \$	1	16,6 %
	Entre 20.000 et 50.000 \$	5	83,3 %
Citoyenneté	Canadienne	6	100%

Annexe 5 : Grille d'entretien

Accueil et présentation de la recherche

Remerciements pour la participation du répondant
Présentation des objectifs de la recherche
Questions éventuelles

Rapport de la personne à la dépression

Qu'est ce qui vous a conduit à consulter un omnipraticien ou un psychiatre ?
Qu'avez-vous dit à cette personne lors de la première rencontre sur les raisons de votre venue?
Y-a-t-il, selon vous, un événement déclencheur qui a causé votre dépression?
Qu'est ce que cela signifie être déprimé?

Prescription d'antidépresseurs

Que vous a prescrit votre psychiatre ou votre médecin?
Quelle a été votre réaction concernant ce traitement ?
Vous a-t-il expliqué le fonctionnement de l'antidépresseur prescrit?
Selon vous sur quoi agissent ces antidépresseurs?
Quels effets ont eu ces antidépresseurs sur vous?
Est-ce que les antidépresseurs ont changé quelque chose dans votre manière de vivre au quotidien ?
Qu'auriez-vous à dire des psychiatres ou des médecins généralistes par rapport au traitement de la dépression?

Guérison

A partir de quand vous êtes vous senti mieux?
A quoi l'attribuez-vous?
Vous considérez-vous encore comme dépressif?
Qu'est-ce qui a changé?

Clôture de l'entretien

Questions, oublis
Remerciements
Retour sur le déroulement de l'entretien

BIBLIOGRAPHIE

- American Psychiatric Association. 1996. *Mini DSM-IV, critères diagnostics*, version française complétée des codes CIM-10. Paris: Masson, 366 p.
- Bastide, R. 1966. *Sociologie des maladies mentales*. Paris: Flammarion, 302 p.
- Benkimoun, Paul. 2004. «L'Inserm propose une évaluation contestée des psychothérapies». *Le Monde* (Paris), 26 février.
- Béranger, C. 2001. «Du régime : normativité et subjectivité». In *Foucault et la médecine: Lectures et usages*, sous la dir. de P. Artières et E. Da Silva, p. 60-84. Paris: Kimé.
- Boltanski, L. et Chiapello, E. 1999. *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris: Gallimard, 843 p.
- Canada, agence de Santé publique du Canada. 2003. *Rapport de surveillance de la santé des femmes*, [en ligne]. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/whsr-rssf/chap_18_f.html (page consultée le 26 mai 2006).
- Canguilhem, G. 1966. *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France, 224 p.
- Castel, P.H. 1998. *La querelle de l'hystérie : La formation du discours psychopathologique en France (1881-1914)*. Paris: Presses Universitaires de France, 347 p.
- Castel, P.H. «La dépression comme artefact épistémologique. Sur les logiques de la dépression de Daniel Widlöcher», [en ligne]. <http://pierrehenri.castel.free.fr/Articles/Belair.htm> (page consultée le 23 mars 2006).
- Castel, R. et Haroche, C. 2001. *Propriété privée, propriété sociale et propriété de soi. Entretien sur la construction sociale de l'individu moderne*. Paris: Fayard, 208 p.
- Castel, R. 1976. *Le psychanalysme*. Paris: Flammarion, 271 p.
- Castel, R. 1981. *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris: Minuit, 227 p.
- Céline, L.F. 1977. *Semmelweis*. Paris: Gallimard, 128 p.

- Chaumont, F. 2004. «Arraisonner la folie». *Le magazine littéraire: Michel Foucault. Une éthique de la vérité*, octobre, n°435, p. 39-42.
- Cohen, D. 1996. «Les nouveaux médicaments de l'esprit. Marche avant vers le passé ?». *Sociologie et sociétés*, vol. 28, n°2, p. 17-33.
- Colucci, M. 2005. «Hystériques, internés, hommes infâmes : Michel Foucault et la résistance au pouvoir». In *Michel Foucault et le contrôle social*, sous la dir. de A. Beaulieu, p.57-91. Québec: Presses Universitaires de Laval.
- Côté, J.F. 1995. «Individualismes et individualité». Chap. in. *Individualismes et individualité*, p. 9-23. Québec: Septentrion.
- Deleuze, G. 1986. *Foucault*. Paris: Minuit, 141 p.
- Ehrenberg, A. 1995. *L'individu incertain*. Paris: Pluriel, 352 p.
- Ehrenberg, A. 1998. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob, 414 p.
- Ehrenberg, A., Lovell, A. 2001. *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*, Paris: Odile Jacob, 311 p.
- Ehrenberg, A. 2004. «Les guerres du sujet ». *Esprit*. Novembre, p. 74-85.
- Ehrenberg, A. 2005. «La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale». *Cahiers de recherche sociologique*, n° 41-42 (automne), p. 17-43.
- Ewald, F. 1992. «Michel Foucault et la norme». In *Michel Foucault: Lire l'œuvre*, sous la dir. de L. Giard, p. 201-221. Paris: Jérôme Million.
- Fassin, D. 2004. *Des maux indicibles: Sociologie des lieux d'écoute*. Paris: Découverte, 198 p.
- Foucault, M. 1961. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard, 632 p.
- Foucault, M. 1963. *Naissance de la clinique*. Paris: Presses Universitaires de France, 214 p.
- Foucault, M. 1966. *Les mots et les choses: Une archéologie des sciences humaines*. Paris: Gallimard, 405 p.
- Foucault, M. 1975. *Surveiller et Punir*. Paris: Gallimard, 328 p.

- Foucault, M. 1999. *Les anormaux: Cours au Collège de France 1974-1975*. Paris: Gallimard, 351 p.
- Foucault, M. 2001a. *Dits et écrits: 1954-1975*. Coll. «Quarto», T. I. Paris: Gallimard, 1708 p.
- Foucault, M. 2001b. *Dits et écrits: 1976-1988*. Coll. «Quarto», T. II. Paris: Gallimard, 1736 p.
- Foucault, M. 2003. *Le pouvoir psychiatrique: Cours au Collège de France 1973-1974*. Paris: Gallimard, 399 p.
- Gasser, J. et Stigler, M. 2001. «Diagnostic et clinique psychiatrique au temps du DSM». In *La maladie mentale en mutation : psychiatrie et société*, sous la dir. de A. Ehrenberg et A. Lovell, p. 227-249. Paris: Odile Jacob.
- Gravel, Pauline. 2006. «Atteindre la paix cérébrale des carmélites. Une nouvelle neuro-psychothérapie pour soigner la dépression». *Le Devoir* (Montréal), 3 septembre.
- Healy, D. 2002. *Le temps des antidépresseurs*. Paris: Les empêcheurs de penser en rond, 420 p.
- Lagrange, J. 2001. «Versions de la psychiatrie dans les travaux de Michel Foucault ». In *Foucault et la médecine: Lectures et usages*, sous la dir. de P. Artières et E. Da Silva, p. 119-142. Paris: Kimé.
- Lantéri-Laura, G. 1998. «Normal et pathologique: esquisse d'un point de vue médical». In *Actualité de Georges Canguilhem: Actes du dixième colloque de la Société internationale de la psychiatrie et de la psychanalyse*, sous la dir. de F. Bing, J.F. Braustein et E. Roudinesco, p. 47-58. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- Leblanc, G. 2003. «La maladie de l'homme normal». *Le passant ordinaire*, n°45-46 (juin-septembre).
- Lemoigne, P. 2005. «La reconnaissance du trouble mental: Psychiatrie, médecine et bien-être (1850-1950)». *Cahiers de recherche sociologique*, n° 41-42 (automne), p. 91-115.
- Martuccelli, D. 2002. *Grammaires de l'individu*. Paris: Folio, 705 p.
- Martuccelli, D. 2005. «Critique de l'individu psychologique». *Cahiers de recherche sociologique*, n°41-42 (automne), p.39-49.

- Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux. 2005. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens*. ISBN : 2-550-44549-X, Les Publications du Québec, 98 p.
- Organisation Mondiale de la Santé. 2001. *Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève: OMS, 172 p.
- Otero, M. 2003. «La dépression et les antidépresseurs entre le corps et la norme : Mort du sujet ?», *Frontières*, vol. 16, n°1 (automne), p. 29-35.
- Otero, M. 2003. «L'intervention en santé mentale : entre la discipline et le primat du corps». In *Le vivant et la rationalité instrumentale*, sous la dir. de I. Lasvergnas, p.76-97. Montréal: Liber.
- Otero, M. 2003. *Les règles de l'individualité contemporaine: Santé mentale et société*. Sainte-Foy (Qué.): Les Presses de l'Université Laval, 322 p.
- Otero, M. 2005. «Présentation». *Cahiers de recherche sociologique*, n°41-42 (automne), p. 5-17.
- Otero, M. 2005. «Santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine». *Cahiers de recherche sociologique*, n°41-42 (automne) p. 65-91.
- Pessoa, F. 1994. *Je ne suis personne: Une Anthologie*. Paris: Christian Bourgois, 313 p.
- Kirk, S. et Kutchins, H. 1998. *Aimez-vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine*. Paris: Synthélabo, 424 p.
- Roudinesco, E. (1998), «Georges Canguilhem, de la médecine à la résistance: Destin du concept de normalité». In *Actualité de Georges Canguilhem: Actes du dixième colloque de la Société internationale de la psychiatrie et de la psychanalyse*, sous la dir. de F. Bing, J.F. Braustein et E. Roudinesco, p. 13-41. Paris: Les empêcheurs de penser en rond.
- Roudinesco, E. 2003. «L'état de la psychanalyse dans le monde» In *États généraux de la psychanalyse*, sous la dir. de R. Major, p. 31-43 Paris: Aubier, 266 p.
- Santé Canada. 2002. *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être* [en ligne]. <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/030903/q030903a.htm> (page consultée le 29 octobre 2005).

Santé Canada. 2003. «Bulletin canadien des effets indésirables», n° 2 (avril), [en ligne].

)page consultée le 9 mai 2006).

Van Praag, H. 1990. «The DSM-IV (Depression) Classification: To Be or Not to Be ?». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol.78, n°3, p.148-149.

Widlöcher, D. 1995. *Les logiques de la dépression*. Paris: Fayard, 233 p.